ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**344824-25/3-100 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕМПАС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 0,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,5 мг; № 42: по 21 таблетці у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; № 84: по 21 таблетці у блістері; по 4 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344824-25/3-100 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕМПАС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 0,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,5 мг; № 42: по 21 таблетці у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; № 84: по 21 таблетці у блістері; по 4 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344824-25/3-100 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕМПАС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 0,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,5 мг; № 42: по 21 таблетці у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; № 84: по 21 таблетці у блістері; по 4 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344824-25/3-100 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕМПАС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 0,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,5 мг; № 42: по 21 таблетці у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; № 84: по 21 таблетці у блістері; по 4 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344824-25/3-100 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕМПАС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 0,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,5 мг; № 42: по 21 таблетці у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; № 84: по 21 таблетці у блістері; по 4 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344824-25/3-100 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕМПАС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 0,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,5 мг; № 42: по 21 таблетці у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; № 84: по 21 таблетці у блістері; по 4 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344824-25/3-100 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕМПАС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 0,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,5 мг; № 42: по 21 таблетці у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; № 84: по 21 таблетці у блістері; по 4 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344824-25/3-100 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕМПАС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 0,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,5 мг; № 42: по 21 таблетці у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; № 84: по 21 таблетці у блістері; по 4 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344824-25/3-100 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕМПАС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 0,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,5 мг; № 42: по 21 таблетці у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; № 84: по 21 таблетці у блістері; по 4 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344824-25/3-100 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕМПАС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 0,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,5 мг; № 42: по 21 таблетці у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; № 84: по 21 таблетці у блістері; по 4 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344824-25/3-100 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕМПАС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 0,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,5 мг; № 42: по 21 таблетці у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; № 84: по 21 таблетці у блістері; по 4 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344824-25/3-100 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕМПАС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 0,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,5 мг; № 42: по 21 таблетці у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; № 84: по 21 таблетці у блістері; по 4 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344824-25/3-100 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕМПАС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 0,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,5 мг; № 42: по 21 таблетці у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; № 84: по 21 таблетці у блістері; по 4 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344824-25/3-100 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕМПАС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 0,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,5 мг; № 42: по 21 таблетці у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; № 84: по 21 таблетці у блістері; по 4 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344824-25/3-100 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕМПАС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 0,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,0 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1,5 мг; № 42: по 21 таблетці у блістері; по 2 блістери в картонній пачці; № 84: по 21 таблетці у блістері; по 4 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344932-25/3-146 від 17.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРО САНДОЗ®, порошок для оральної суспензії, 100 мг/5 мл: по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці;** **порошок для оральної суспензії, 200 мг/5 мл: по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці;** **по 24,8 г порошку для 30 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344932-25/3-146 від 17.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРО САНДОЗ®, порошок для оральної суспензії, 100 мг/5 мл: по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці;** **порошок для оральної суспензії, 200 мг/5 мл: по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці;** **по 24,8 г порошку для 30 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344932-25/3-146 від 17.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРО САНДОЗ®, порошок для оральної суспензії, 100 мг/5 мл: по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці;** **порошок для оральної суспензії, 200 мг/5 мл: по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці;** **по 24,8 г порошку для 30 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344932-25/3-146 від 17.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРО САНДОЗ®, порошок для оральної суспензії, 100 мг/5 мл: по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці;** **порошок для оральної суспензії, 200 мг/5 мл: по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці;** **по 24,8 г порошку для 30 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344932-25/3-146 від 17.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРО САНДОЗ®, порошок для оральної суспензії, 100 мг/5 мл: по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці;** **порошок для оральної суспензії, 200 мг/5 мл: по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці;** **по 24,8 г порошку для 30 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344932-25/3-146 від 17.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРО САНДОЗ®, порошок для оральної суспензії, 100 мг/5 мл: по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці;** **порошок для оральної суспензії, 200 мг/5 мл: по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці;** **по 24,8 г порошку для 30 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344931-25/3-146 від 17.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРО САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг по 3 або 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344931-25/3-146 від 17.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРО САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг по 3 або 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344931-25/3-146 від 17.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРО САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг по 3 або 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344931-25/3-146 від 17.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРО САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг по 3 або 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344931-25/3-146 від 17.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРО САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг по 3 або 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344931-25/3-146 від 17.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРО САНДОЗ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг по 3 або 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346050-25/3-96 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКВАЛІБРА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 20 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, в блістері; по 3 або по 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**МЕДІЦЕ Арцнаймітель Пюттер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346050-25/3-96 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКВАЛІБРА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 20 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, в блістері; по 3 або по 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**МЕДІЦЕ Арцнаймітель Пюттер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346050-25/3-96 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКВАЛІБРА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 20 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, в блістері; по 3 або по 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**МЕДІЦЕ Арцнаймітель Пюттер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**339500-25/З-116 від 17.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКІСТАН ДУО, краплі очні, розчин, по 2,5 мл у флаконі з крапельницею та кришкою, по 1 або 3, або 6 флаконів в картонній коробці**
Заявник	**Фармаселект Інтернешнл Бетелігангз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**339500-25/3-116 від 17.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКІСТАН ДУО, краплі очні, розчин, по 2,5 мл у флаконі з крапельницею та кришкою, по 1 або 3, або 6 флаконів в картонній коробці**
Заявник	**Фармаселект Інтернешнл Бетелігангз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**339500-25/З-116 від 17.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКІСТАН ДУО, краплі очні, розчин, по 2,5 мл у флаконі з крапельницею та кришкою, по 1 або 3, або 6 флаконів в картонній коробці**
Заявник	**Фармаселект Інтернешнл Бетелігангз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342208-25/З-140, 342209-25/З-140, 342210-25/З-140 від 31.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУНБРИГ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 180 мг, по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342208-25/З-140, 342209-25/З-140, 342210-25/З-140 від 31.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУНБРИГ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 180 мг, по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342208-25/З-140, 342209-25/З-140, 342210-25/З-140 від 31.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУНБРИГ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 180 мг, по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342208-25/З-140, 342209-25/З-140, 342210-25/З-140 від 31.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУНБРИГ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 180 мг, по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342208-25/З-140, 342209-25/З-140, 342210-25/З-140 від 31.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУНБРИГ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 180 мг, по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342208-25/З-140, 342209-25/З-140, 342210-25/З-140 від 31.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУНБРИГ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 180 мг, по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342208-25/З-140, 342209-25/З-140, 342210-25/З-140 від 31.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУНБРИГ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 180 мг, по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342208-25/З-140, 342209-25/З-140, 342210-25/З-140 від 31.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУНБРИГ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 180 мг, по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342208-25/З-140, 342209-25/З-140, 342210-25/З-140 від 31.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУНБРИГ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 180 мг, по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**347616-25/З-149 від 04.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМАПІН-Л, таблетки; по 10 таблеток у стрипі; по 1 або 3 стрипи в картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**347616-25/3-149 від 04.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМАПІН-Л, таблетки; по 10 таблеток у стрипі; по 1 або 3 стрипи в картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**347616-25/3-149 від 04.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМАПІН-Л, таблетки; по 10 таблеток у стрипі; по 1 або 3 стрипи в картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346624-25/3-96 від 20.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМОКСИЦИЛІН-КЛАВУЛАНАТ-ВІСТА, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1000 мг/200 мг у флаконі; по 10 флаконів в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346624-25/3-96 від 20.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМОКСИЦИЛІН-КЛАВУЛАНАТ-ВІСТА, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1000 мг/200 мг у флаконі; по 10 флаконів в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346624-25/3-96 від 20.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМОКСИЦИЛІН-КЛАВУЛАНАТ-ВІСТА, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1000 мг/200 мг у флаконі; по 10 флаконів в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**336565-25/3-147 від 22.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНАУРАН, краплі вушні; по 25 мл у флаконі з кришкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**Замбон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**336565-25/3-147 від 22.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНАУРАН, краплі вушні; по 25 мл у флаконі з кришкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**Замбон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**336565-25/3-147 від 22.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНАУРАН, краплі вушні; по 25 мл у флаконі з кришкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**Замбон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345538-25/B-117, 345539-25/B-117 від 01.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРСЕТАМ, розчин для інфузій, 1000 мг/100 мл по 100 мл в контейнері з поліпропілену; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "ВОРВАРТС ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345538-25/B-117, 345539-25/B-117 від 01.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРСЕТАМ, розчин для інфузій, 1000 мг/100 мл по 100 мл в контейнері з поліпропілену; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "ВОРВАРТС ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345538-25/B-117, 345539-25/B-117 від 01.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРСЕТАМ, розчин для інфузій, 1000 мг/100 мл по 100 мл в контейнері з поліпропілену; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "ВОРВАРТС ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**343510-25/З-118, 343511-25/З-118 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТОРВАСТЕРОЛ КОМБІ, таблетки 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	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**343510-25/3-118, 343511-25/3-118 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТОРВАСТЕРОЛ КОМБІ, таблетки 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	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**343510-25/3-118, 343511-25/3-118 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТОРВАСТЕРОЛ КОМБІ, таблетки 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	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**335752-25/3-06 від 10.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОКСЕТИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**335752-25/3-06 від 10.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОКСЕТИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**335752-25/3-06 від 10.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОКСЕТИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**322932-24/3-123 від 01.10.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОКСЕТИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**322932-24/3-123 від 01.10.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОКСЕТИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**322932-24/3-123 від 01.10.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОКСЕТИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**322932-24/3-123 від 01.10.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОКСЕТИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**322932-24/3-123 від 01.10.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОКСЕТИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**322932-24/3-123 від 01.10.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОКСЕТИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**335752-25/3-06 від 10.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОКСЕТИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**335752-25/3-06 від 10.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОКСЕТИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**335752-25/3-06 від 10.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОКСЕТИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**333985-25/B-117 від 14.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦЕТИЛЦИСТЕЇН-ТЕВА, таблетки шипучі по 600 мг по 10 таблеток у тубі; по 1 тубі у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**333985-25/B-117 від 14.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦЕТИЛЦИСТЕЇН-ТЕВА, таблетки шипучі по 600 мг по 10 таблеток у тубі; по 1 тубі у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**333985-25/B-117 від 14.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦЕТИЛЦИСТЕЇН-ТЕВА, таблетки шипучі по 600 мг по 10 таблеток у тубі; по 1 тубі у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346722-25/3-39 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦЦ® ГАРЯЧИЙ НАПІЙ МЕД ЛИМОН, порошок для орального розчину по 200 мг, по 3 г порошку в пакетику; по 20 пакетиків у картонній коробці; по 600 мг, по 3 г порошку в пакетику; по 6 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346722-25/3-39 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦЦ® ГАРЯЧИЙ НАПІЙ МЕД ЛИМОН, порошок для орального розчину по 200 мг, по 3 г порошку в пакетику; по 20 пакетиків у картонній коробці; по 600 мг, по 3 г порошку в пакетику; по 6 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346722-25/3-39 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦЦ® ГАРЯЧИЙ НАПІЙ МЕД ЛИМОН, порошок для орального розчину по 200 мг, по 3 г порошку в пакетику; по 20 пакетиків у картонній коробці; по 600 мг, по 3 г порошку в пакетику; по 6 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346722-25/3-39 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦЦ® ГАРЯЧИЙ НАПІЙ МЕД ЛИМОН, порошок для орального розчину по 200 мг, по 3 г порошку в пакетику; по 20 пакетиків у картонній коробці; по 600 мг, по 3 г порошку в пакетику; по 6 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346722-25/3-39 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦЦ® ГАРЯЧИЙ НАПІЙ МЕД ЛИМОН, порошок для орального розчину по 200 мг, по 3 г порошку в пакетику; по 20 пакетиків у картонній коробці; по 600 мг, по 3 г порошку в пакетику; по 6 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346722-25/3-39 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦЦ® ГАРЯЧИЙ НАПІЙ МЕД ЛИМОН, порошок для орального розчину по 200 мг, по 3 г порошку в пакетику; по 20 пакетиків у картонній коробці; по 600 мг, по 3 г порошку в пакетику; по 6 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346723-25/3-39 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦЦ® ЛОНГ ЛИМОН, таблетки шипучі по 600 мг, по 1 таблетці у саше; по 6, 10 або 20 саше у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346723-25/3-39 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦЦ® ЛОНГ ЛИМОН, таблетки шипучі по 600 мг, по 1 таблетці у саше; по 6, 10 або 20 саше у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346723-25/3-39 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦЦ® ЛОНГ ЛИМОН, таблетки шипучі по 600 мг, по 1 таблетці у саше; по 6, 10 або 20 саше у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345146-25/3-28 від 22.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БАНЕОЦИН, мазь по 5 г або 20 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345146-25/3-28 від 22.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БАНЕОЦИН, мазь по 5 г або 20 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345146-25/3-28 від 22.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БАНЕОЦИН, мазь по 5 г або 20 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**343607-25/3-124 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕПАНТЕН®, крем 5 %; по 30 г або 100 г у тубі з маркуванням українською мовою; по 1 тубі у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**343607-25/З-124 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕПАНТЕН®, крем 5 %; по 30 г або 100 г у тубі з маркуванням українською мовою; по 1 тубі у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**343607-25/3-124 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕПАНТЕН®, крем 5 %; по 30 г або 100 г у тубі з маркуванням українською мовою; по 1 тубі у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**343606-25/3-124 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕПАНТЕН®, мазь 5 %; по 3,5 г або по 30 г, або 100 г у тубі з маркуванням українською мовою; по 1 тубі у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**343606-25/3-124 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕПАНТЕН®, мазь 5 %; по 3,5 г або по 30 г, або 100 г у тубі з маркуванням українською мовою; по 1 тубі у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**343606-25/З-124 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕПАНТЕН®, мазь 5 %; по 3,5 г або по 30 г, або 100 г у тубі з маркуванням українською мовою; по 1 тубі у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**339383-25/B-124 від 13.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОСОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2, 3 або 10 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**339383-25/В-124 від 13.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОСОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2, 3 або 10 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**339383-25/В-124 від 13.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОСОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2, 3 або 10 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**341645-25/3-60, 341646-25/3-60 від 22.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРИМОНАЛ 0,2%, краплі очні, розчин 0,2 %; по 5 мл або 10 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці;**
Заявник	**ТОВ "Унімед Фарма", Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**341645-25/3-60, 341646-25/3-60 від 22.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРИМОНАЛ 0,2%, краплі очні, розчин 0,2 %; по 5 мл або 10 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці;**
Заявник	**ТОВ "Унімед Фарма", Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**341645-25/3-60, 341646-25/3-60 від 22.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРИМОНАЛ 0,2%, краплі очні, розчин 0,2 %; по 5 мл або 10 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці;**
Заявник	**ТОВ "Унімед Фарма", Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342596-25/3-146 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОКСІНАК, краплі очні, 0,09 %; по 1,7 мл крапель у флаконі; по 1 флакону з крапельницею в картонній упаковці**
Заявник	**Сентісс Фарма Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342596-25/3-146 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОКСІНАК, краплі очні, 0,09 %; по 1,7 мл крапель у флаконі; по 1 флакону з крапельницею в картонній упаковці**
Заявник	**Сентісс Фарма Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342596-25/3-146 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОКСІНАК, краплі очні, 0,09 %; по 1,7 мл крапель у флаконі; по 1 флакону з крапельницею в картонній упаковці**
Заявник	**Сентісс Фарма Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**341040-25/3-146 від 11.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОМОКРИПТИНУ МЕЗИЛАТ, порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**ВЕЗ Фармахем д.о.о., Хорватія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**341040-25/3-146 від 11.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОМОКРИПТИНУ МЕЗИЛАТ, порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**ВЕЗ Фармахем д.о.о., Хорватія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**341040-25/3-146 від 11.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОМОКРИПТИНУ МЕЗИЛАТ, порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**ВЕЗ Фармахем д.о.о., Хорватія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342367-25/3-96 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХО-ВАКСОМ ДІТИ, капсули по 3,5 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ОМ Фарма СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342367-25/3-96 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХО-ВАКСОМ ДІТИ, капсули по 3,5 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ОМ Фарма СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342367-25/3-96 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХО-ВАКСОМ ДІТИ, капсули по 3,5 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ОМ Фарма СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**331588-25/3-128 від 07.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХО-ВАКСОМ ДІТИ, Капсули по 3,5 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ОМ Фарма СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**331588-25/3-128 від 07.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХО-ВАКСОМ ДІТИ, Капсули по 3,5 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ОМ Фарма СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**331588-25/3-128 від 07.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХО-ВАКСОМ ДІТИ, Капсули по 3,5 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ОМ Фарма СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**331612-25/3-126 від 07.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХО-ВАКСОМ ДОРОСЛІ, капсули по 7 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ОМ Фарма СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**331612-25/3-126 від 07.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХО-ВАКСОМ ДОРОСЛІ, капсули по 7 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ОМ Фарма СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**331612-25/3-126 від 07.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХО-ВАКСОМ ДОРОСЛІ, капсули по 7 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ОМ Фарма СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342456-25/3-96 від 05.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХО-ВАКСОМ ДОРОСЛІ, капсули по 7 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ОМ Фарма СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342456-25/3-96 від 05.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХО-ВАКСОМ ДОРОСЛІ, капсули по 7 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ОМ Фарма СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342456-25/3-96 від 05.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХО-ВАКСОМ ДОРОСЛІ, капсули по 7 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ОМ Фарма СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344928-25/3-146 від 17.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХО-МУНАЛ®, капсули тверді по 7 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344928-25/3-146 від 17.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХО-МУНАЛ®, капсули тверді по 7 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344928-25/3-146 від 17.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОНХО-МУНАЛ®, капсули тверді по 7 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344832-25/3-152 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУСПІРОН САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344832-25/3-152 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУСПІРОН САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344832-25/3-152 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУСПІРОН САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344832-25/3-152 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУСПІРОН САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344832-25/3-152 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУСПІРОН САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344832-25/3-152 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУСПІРОН САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**341393-25/3-100 від 17.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУСТРИКС ПОЛІО КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТУ (ІНАКТИВОВАНА) (АДСОРБОВАНА, ЗІ ЗМЕНШЕНИМ ВМІСТОМ АНТИГЕНІВ), суспензія для ін'єкцій по 1 дозі (0,5 мл/дозу); по 1 дозі у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу у комплекті з двома голками в пластиковому контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**341393-25/3-100 від 17.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУСТРИКС ПОЛІО КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТУ (ІНАКТИВОВАНА) (АДСОРБОВАНА, ЗІ ЗМЕНШЕНИМ ВМІСТОМ АНТИГЕНІВ), суспензія для ін'єкцій по 1 дозі (0,5 мл/дозу); по 1 дозі у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу у комплекті з двома голками в пластиковому контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**341393-25/3-100 від 17.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУСТРИКС ПОЛІО КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТУ (ІНАКТИВОВАНА) (АДСОРБОВАНА, ЗІ ЗМЕНШЕНИМ ВМІСТОМ АНТИГЕНІВ), суспензія для ін'єкцій по 1 дозі (0,5 мл/дозу); по 1 дозі у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу у комплекті з двома голками в пластиковому контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**341507-25/3-60 від 18.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЦИК, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 42 таблетки у флаконі.**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**341507-25/3-60 від 18.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЦИК, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 42 таблетки у флаконі.**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**341507-25/З-60 від 18.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЦИК, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 42 таблетки у флаконі.**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**332616-25/3-100 від 24.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАКОР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 320 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній коробці, по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**332616-25/3-100 від 24.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАКОР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 320 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній коробці, по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**332616-25/3-100 від 24.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАКОР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 320 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній коробці, по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	

	(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	**332616-25/3-100 від 24.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАКОР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 320 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній коробці, по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**332616-25/3-100 від 24.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАКОР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 320 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній коробці, по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**332616-25/3-100 від 24.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАКОР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 320 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній коробці, по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	

	(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	**332616-25/3-100 від 24.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАКОР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 320 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній коробці, по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**332616-25/3-100 від 24.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАКОР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 320 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній коробці, по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**332616-25/3-100 від 24.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАКОР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 320 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній коробці, по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	

	(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	**332616-25/3-100 від 24.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАКОР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 320 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній коробці, по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**332616-25/3-100 від 24.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАКОР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 320 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній коробці, по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**332616-25/3-100 від 24.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАКОР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або по 12 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у картонній коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 320 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній коробці, по 14 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	

	(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	**340762-25/3-121 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАРІВАКС ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ ЖИВА АТЕНУЙОВАНА, порошок та розчинник для суспензії для ін'єкцій; 1 флакон з порошком (1 доза) в комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) в картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340762-25/3-121 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАРІВАКС ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ ЖИВА АТЕНУЙОВАНА, порошок та розчинник для суспензії для ін'єкцій; 1 флакон з порошком (1 доза) в комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) в картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340762-25/3-121 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАРІВАКС ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ ЖИВА АТЕНУЙОВАНА, порошок та розчинник для суспензії для ін'єкцій; 1 флакон з порошком (1 доза) в комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) в картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**332316-25/3-143 від 18.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЗИКАР™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**332316-25/3-143 від 18.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЗИКАР™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**332316-25/3-143 від 18.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЗИКАР™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**332316-25/3-143 від 18.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЗИКАР™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**332316-25/3-143 від 18.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЗИКАР™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**332316-25/3-143 від 18.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЗИКАР™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340386-25/3-148, 340527-25/3-148, 346474-25/3-148 від 01.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕРОШПІРОН, капсули по 50 мг або по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340386-25/З-148, 340527-25/З-148, 346474-25/З-148 від 01.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕРОШПІРОН, капсули по 50 мг або по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340386-25/З-148, 340527-25/З-148, 346474-25/З-148 від 01.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕРОШПІРОН, капсули по 50 мг або по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340386-25/3-148, 340527-25/3-148, 346474-25/3-148 від 01.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕРОШПІРОН, капсули по 50 мг або по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340386-25/З-148, 340527-25/З-148, 346474-25/З-148 від 01.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕРОШПІРОН, капсули по 50 мг або по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340386-25/З-148, 340527-25/З-148, 346474-25/З-148 від 01.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕРОШПІРОН, капсули по 50 мг або по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345527-25/B-123 від 01.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАНТИН 300, капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345527-25/B-123 від 01.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАНТИН 300, капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345527-25/B-123 від 01.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАНТИН 300, капсули по 300 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342351-25/3-116 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАТА 100, ГАБАТА 300, ГАБАТА 400, капсули по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці; або по 300 мг, або по 400 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342351-25/3-116 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАТА 100, ГАБАТА 300, ГАБАТА 400, капсули по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці; або по 300 мг, або по 400 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342351-25/3-116 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАТА 100, ГАБАТА 300, ГАБАТА 400, капсули по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці; або по 300 мг, або по 400 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342351-25/3-116 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАТА 100, ГАБАТА 300, ГАБАТА 400, капсули по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці; або по 300 мг, або по 400 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342351-25/3-116 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАТА 100, ГАБАТА 300, ГАБАТА 400, капсули по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці; або по 300 мг, або по 400 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342351-25/3-116 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАТА 100, ГАБАТА 300, ГАБАТА 400, капсули по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці; або по 300 мг, або по 400 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342351-25/3-116 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАТА 100, ГАБАТА 300, ГАБАТА 400, капсули по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці; або по 300 мг, або по 400 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342351-25/3-116 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАТА 100, ГАБАТА 300, ГАБАТА 400, капсули по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці; або по 300 мг, або по 400 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342351-25/3-116 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАТА 100, ГАБАТА 300, ГАБАТА 400, капсули по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці; або по 300 мг, або по 400 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342351-25/3-116 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАТА 100, ГАБАТА 300, ГАБАТА 400, капсули по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці; або по 300 мг, або по 400 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342351-25/3-116 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАТА 100, ГАБАТА 300, ГАБАТА 400, капсули по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці; або по 300 мг, або по 400 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342351-25/3-116 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАТА 100, ГАБАТА 300, ГАБАТА 400, капсули по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці; або по 300 мг, або по 400 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342351-25/3-116 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАТА 100, ГАБАТА 300, ГАБАТА 400, капсули по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці; або по 300 мг, або по 400 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342351-25/3-116 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАТА 100, ГАБАТА 300, ГАБАТА 400, капсули по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці; або по 300 мг, або по 400 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342351-25/3-116 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАТА 100, ГАБАТА 300, ГАБАТА 400, капсули по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці; або по 300 мг, або по 400 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342351-25/3-116 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАТА 100, ГАБАТА 300, ГАБАТА 400, капсули по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці; або по 300 мг, або по 400 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342351-25/3-116 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАТА 100, ГАБАТА 300, ГАБАТА 400, капсули по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці; або по 300 мг, або по 400 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342351-25/3-116 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАТА 100, ГАБАТА 300, ГАБАТА 400, капсули по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці; або по 300 мг, або по 400 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: по 100, 500 або 1000 капсул у пластиковій банці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**343833-25/3-137, 343834-25/3-137, 344526-25/3-137 від 29.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАЙНЕКС® ФОРТЕ, супозиторії вагінальні; по 7 супозиторіїв у стрипі; по 1 стрипу у картонній упаковці in bulk № 1512 (7х216): по 7 супозиторіїв у стрипі; по 216 стрипів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**343833-25/3-137, 343834-25/3-137, 344526-25/3-137 від 29.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАЙНЕКС® ФОРТЕ, супозиторії вагінальні; по 7 супозиторіїв у стрипі; по 1 стрипу у картонній упаковці in bulk № 1512 (7х216): по 7 супозиторіїв у стрипі; по 216 стрипів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**343833-25/3-137, 343834-25/3-137, 344526-25/3-137 від 29.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАЙНЕКС® ФОРТЕ, супозиторії вагінальні; по 7 супозиторіїв у стрипі; по 1 стрипу у картонній упаковці in bulk № 1512 (7х216): по 7 супозиторіїв у стрипі; по 216 стрипів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**343833-25/3-137, 343834-25/3-137, 344526-25/3-137 від 29.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАЙНЕКС® ФОРТЕ, супозиторії вагінальні; по 7 супозиторіїв у стрипі; по 1 стрипу у картонній упаковці in bulk № 1512 (7х216): по 7 супозиторіїв у стрипі; по 216 стрипів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**343833-25/3-137, 343834-25/3-137, 344526-25/3-137 від 29.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАЙНЕКС® ФОРТЕ, супозиторії вагінальні; по 7 супозиторіїв у стрипі; по 1 стрипу у картонній упаковці in bulk № 1512 (7х216): по 7 супозиторіїв у стрипі; по 216 стрипів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**343833-25/3-137, 343834-25/3-137, 344526-25/3-137 від 29.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАЙНЕКС® ФОРТЕ, супозиторії вагінальні; по 7 супозиторіїв у стрипі; по 1 стрипу у картонній упаковці in bulk № 1512 (7х216): по 7 супозиторіїв у стрипі; по 216 стрипів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342969-25/3-06 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІОСЦИНУ БУТИЛБРОМІД КАЛЦЕКС, розчин для ін'єкцій 20 мг/мл, по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у чарунковій упаковці; по 1 або 2 чарункові упаковки в пачці з картону;**
Заявник	**АТ "Калцекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342969-25/3-06 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІОСЦИНУ БУТИЛБРОМІД КАЛЦЕКС, розчин для ін'єкцій 20 мг/мл, по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у чарунковій упаковці; по 1 або 2 чарункові упаковки в пачці з картону;**
Заявник	**АТ "Калцекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342969-25/3-06 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІОСЦИНУ БУТИЛБРОМІД КАЛЦЕКС, розчин для ін'єкцій 20 мг/мл, по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у чарунковій упаковці; по 1 або 2 чарункові упаковки в пачці з картону;**
Заявник	**АТ "Калцекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346546-25/B-28 від 17.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІЦИН, кристалічний порошок (субстанція) у мішках поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346546-25/B-28 від 17.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІЦИН, кристалічний порошок (субстанція) у мішках поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346546-25/B-28 від 17.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІЦИН, кристалічний порошок (субстанція) у мішках поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**337566-25/3-147 від 09.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОФАЖ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 850 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Санте с.а.с., Франція**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**337566-25/3-147 від 09.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОФАЖ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 850 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Санте с.а.с., Франція**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**337566-25/3-147 від 09.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОФАЖ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 850 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Санте с.а.с., Франція**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**337566-25/3-147 від 09.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОФАЖ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 850 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Санте с.а.с., Франція**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**337566-25/3-147 від 09.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОФАЖ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 850 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Санте с.а.с., Франція**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**337566-25/3-147 від 09.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОФАЖ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 850 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Санте с.а.с., Франція**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**337566-25/3-147 від 09.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОФАЖ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 850 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Санте с.а.с., Франція**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**337566-25/3-147 від 09.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОФАЖ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 850 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Санте с.а.с., Франція**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**337566-25/3-147 від 09.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОФАЖ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 850 мг: по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Санте с.а.с., Франція**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**341058-25/3-120, 341059-25/3-120 від 11.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИППОСТАД® РИНО МАРІТІМ, спрей назальний, розчин 0,05 %; спрей назальний, розчин 0,1 %; по 15 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**341058-25/З-120, 341059-25/З-120 від 11.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИППОСТАД® РИНО МАРІТІМ, спрей назальний, розчин 0,05 %; спрей назальний, розчин 0,1 %; по 15 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**341058-25/З-120, 341059-25/З-120 від 11.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИППОСТАД® РИНО МАРІТІМ, спрей назальний, розчин 0,05 %; спрей назальний, розчин 0,1 %; по 15 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**341058-25/3-120, 341059-25/3-120 від 11.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИППОСТАД® РИНО МАРІТІМ, спрей назальний, розчин 0,05 %; спрей назальний, розчин 0,1 %; по 15 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**341058-25/З-120, 341059-25/З-120 від 11.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИППОСТАД® РИНО МАРІТІМ, спрей назальний, розчин 0,05 %; спрей назальний, розчин 0,1 %; по 15 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**341058-25/З-120, 341059-25/З-120 від 11.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИППОСТАД® РИНО МАРІТІМ, спрей назальний, розчин 0,05 %; спрей назальний, розчин 0,1 %; по 15 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340520-25/3-96 від 03.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИП-ХЕЕЛЬ, таблетки, по 50 таблеток у контейнері поліпропіленовому; по 1 контейнеру в коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340520-25/З-96 від 03.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИП-ХЕЕЛЬ, таблетки, по 50 таблеток у контейнері поліпропіленовому; по 1 контейнеру в коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340520-25/3-96 від 03.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИП-ХЕЕЛЬ, таблетки, по 50 таблеток у контейнері поліпропіленовому; по 1 контейнеру в коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346220-25/B-128 від 13.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКРІСТОЛ® ФОРТЕ, капсули тверді, 50000 МО; по 2 капсули у блістері; по 4 або по 6 блістерів у пачці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346220-25/B-128 від 13.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКРІСТОЛ® ФОРТЕ, капсули тверді, 50000 МО; по 2 капсули у блістері; по 4 або по 6 блістерів у пачці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346220-25/B-128 від 13.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКРІСТОЛ® ФОРТЕ, капсули тверді, 50000 МО; по 2 капсули у блістері; по 4 або по 6 блістерів у пачці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345184-25/3-152 від 23.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСАЛГІН® ІН'ЄКТ, розчин для ін’єкцій/інфузій, 50 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 1 ампулі в контурній чарунковій упаковці, 1 контурна чарункова упаковка в картонній коробці; або по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, 1 контурна чарункова упаковка в картонній коробці; або по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, 2 контурні чарункові упаковки в картонній коробці. Маркування українською мовою**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345184-25/3-152 від 23.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСАЛГІН® ІН'ЄКТ, розчин для ін’єкцій/інфузій, 50 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 1 ампулі в контурній чарунковій упаковці, 1 контурна чарункова упаковка в картонній коробці; або по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, 1 контурна чарункова упаковка в картонній коробці; або по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, 2 контурні чарункові упаковки в картонній коробці. Маркування українською мовою**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345184-25/3-152 від 23.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСАЛГІН® ІН'ЄКТ, розчин для ін'єкцій/інфузій, 50 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 1 ампулі в контурній чарунковій упаковці, 1 контурна чарункова упаковка в картонній коробці; або по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, 1 контурна чарункова упаковка в картонній коробці; або по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, 2 контурні чарункові упаковки в картонній коробці. Маркування українською мовою**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346378-25/3-118 від 15.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСМЕДЕТОМІДИН-БАКСТЕР, концентрат для розчину для інфузій, 100 мкг/мл; по 2 мл у флаконі; по 5, 10 або 25 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**Бакстер Холдінг Бі.Ві., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346378-25/3-118 від 15.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСМЕДЕТОМІДИН-БАКСТЕР, концентрат для розчину для інфузій, 100 мкг/мл; по 2 мл у флаконі; по 5, 10 або 25 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**Бакстер Холдінг Бі.Ві., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346378-25/3-118 від 15.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСМЕДЕТОМІДИН-БАКСТЕР, концентрат для розчину для інфузій, 100 мкг/мл; по 2 мл у флаконі; по 5, 10 або 25 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**Бакстер Холдінг Бі.Ві., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**343969-25/B-146 від 02.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМАБІН, мазь; по 15 г в тубі; по 1 тубі у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**343969-25/В-146 від 02.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМАБІН, мазь; по 15 г в тубі; по 1 тубі у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**343969-25/B-146 від 02.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМАБІН, мазь; по 15 г в тубі; по 1 тубі у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342891-25/З-39, 344107-25/В-118, 344108-25/В-118 від 04.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМАЗОЛ , супозиторії вагінальні по 400 мг по 5 супозиторіїв у стрипі; по 1 або по 2 стрипи у картонній упаковці; in bulk № 1440 (5х288) по 5 супозиторіїв у стрипі; по 288 стрип у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342891-25/З-39, 344107-25/В-118, 344108-25/В-118 від 04.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМАЗОЛ , супозиторії вагінальні по 400 мг по 5 супозиторіїв у стрипі; по 1 або по 2 стрипи у картонній упаковці; in bulk № 1440 (5х288) по 5 супозиторіїв у стрипі; по 288 стрип у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342891-25/З-39, 344107-25/В-118, 344108-25/В-118 від 04.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМАЗОЛ , супозиторії вагінальні по 400 мг по 5 супозиторіїв у стрипі; по 1 або по 2 стрипи у картонній упаковці; in bulk № 1440 (5х288) по 5 супозиторіїв у стрипі; по 288 стрип у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342891-25/З-39, 344107-25/В-118, 344108-25/В-118 від 04.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМАЗОЛ , супозиторії вагінальні по 400 мг по 5 супозиторіїв у стрипі; по 1 або по 2 стрипи у картонній упаковці; in bulk № 1440 (5х288) по 5 супозиторіїв у стрипі; по 288 стрип у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342891-25/З-39, 344107-25/В-118, 344108-25/В-118 від 04.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМАЗОЛ , супозиторії вагінальні по 400 мг по 5 супозиторіїв у стрипі; по 1 або по 2 стрипи у картонній упаковці; in bulk № 1440 (5х288) по 5 супозиторіїв у стрипі; по 288 стрип у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342891-25/З-39, 344107-25/В-118, 344108-25/В-118 від 04.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМАЗОЛ , супозиторії вагінальні по 400 мг по 5 супозиторіїв у стрипі; по 1 або по 2 стрипи у картонній упаковці; in bulk № 1440 (5х288) по 5 супозиторіїв у стрипі; по 288 стрип у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**347378-25/3-130 від 31.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЖАЗ, таблетки, вкриті оболонкою по 28 таблеток (24 таблетки світло-рожевого + 4 таблетки (плацебо) білого кольору) у блістері з самоклейкою стрічкою, по 1 блістеру у картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**347378-25/3-130 від 31.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЖАЗ, таблетки, вкриті оболонкою по 28 таблеток (24 таблетки світло-рожевого + 4 таблетки (плацебо) білого кольору) у блістері з самоклейкою стрічкою, по 1 блістеру у картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**347378-25/3-130 від 31.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЖАЗ, таблетки, вкриті оболонкою по 28 таблеток (24 таблетки світло-рожевого + 4 таблетки (плацебо) білого кольору) у блістері з самоклейкою стрічкою, по 1 блістеру у картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340630-25/B-146 від 07.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИКЛОФЕНАК НАТРІЮ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340630-25/B-146 від 07.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИКЛОФЕНАК НАТРІЮ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340630-25/B-146 від 07.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИКЛОФЕНАК НАТРІЮ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**343644-25/B-132 від 26.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИКЛОФЕНАК-ТЕВА, розчин для ін'єкцій, 75 мг/3 мл; по 3 мл розчину в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**343644-25/B-132 від 26.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИКЛОФЕНАК-ТЕВА, розчин для ін'єкцій, 75 мг/3 мл; по 3 мл розчину в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**343644-25/B-132 від 26.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИКЛОФЕНАК-ТЕВА, розчин для ін'єкцій, 75 мг/3 мл; по 3 мл розчину в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345460-25/3-100 від 30.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИЦИНОН, розчин для ін ’єкцій, 250 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі, по 50 ампул у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345460-25/3-100 від 30.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИЦИНОН, розчин для ін ’єкцій, 250 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі, по 50 ампул у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345460-25/3-100 від 30.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИЦИНОН, розчин для ін ’єкцій, 250 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі, по 50 ампул у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**343326-25/B-146, 343348-25/B-146 від 20.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАГАМА, розчин для ін`єкцій по 2 мл в ампулі, по 5 ампул в блістері, по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "СІСТЕМ ФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**343326-25/B-146, 343348-25/B-146 від 20.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАГАМА, розчин для ін`єкцій по 2 мл в ампулі, по 5 ампул в блістері, по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "СІСТЕМ ФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**343326-25/B-146, 343348-25/B-146 від 20.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАГАМА, розчин для ін`єкцій по 2 мл в ампулі, по 5 ампул в блістері, по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "СІСТЕМ ФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342299-25/B-97 від 01.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАЗОЛІН®, таблетки по 0,1 г або по 0,05 г, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342299-25/B-97 від 01.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАЗОЛІН®, таблетки по 0,1 г або по 0,05 г, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342299-25/B-97 від 01.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАЗОЛІН®, таблетки по 0,1 г або по 0,05 г, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342291-25/B-97 від 01.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАЗОЛІН®, драже по 0,1 г або по 0,05 г, по 10 драже у блістерах; по 10 драже у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342291-25/B-97 від 01.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАЗОЛІН®, драже по 0,1 г або по 0,05 г, по 10 драже у блістерах; по 10 драже у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342291-25/B-97 від 01.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАЗОЛІН®, драже по 0,1 г або по 0,05 г, по 10 драже у блістерах; по 10 драже у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342291-25/B-97 від 01.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАЗОЛІН®, драже по 0,1 г або по 0,05 г, по 10 драже у блістерах; по 10 драже у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342291-25/B-97 від 01.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАЗОЛІН®, драже по 0,1 г або по 0,05 г, по 10 драже у блістерах; по 10 драже у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342291-25/B-97 від 01.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАЗОЛІН®, драже по 0,1 г або по 0,05 г, по 10 драже у блістерах; по 10 драже у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342299-25/B-97 від 01.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАЗОЛІН®, таблетки по 0,1 г або по 0,05 г, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342299-25/B-97 від 01.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАЗОЛІН®, таблетки по 0,1 г або по 0,05 г, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342299-25/B-97 від 01.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАЗОЛІН®, таблетки по 0,1 г або по 0,05 г, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**343403-25/B-148 від 21.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗІТІМ®, очні краплі, розчин, по 5 мл у флаконі поліетиленовому з крапельницею та контролем першого розкриття; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**343403-25/B-148 від 21.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗІТІМ®, очні краплі, розчин, по 5 мл у флаконі поліетиленовому з крапельницею та контролем першого розкриття; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**343403-25/B-148 від 21.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗІТІМ®, очні краплі, розчин, по 5 мл у флаконі поліетиленовому з крапельницею та контролем першого розкриття; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**343402-25/B-148 від 21.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗІТІМ®, очні краплі, розчин, in bulk: по 100 або 200 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**343402-25/B-148 від 21.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗІТІМ®, очні краплі, розчин, in bulk: по 100 або 200 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**343402-25/B-148 від 21.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗІТІМ®, очні краплі, розчин, in bulk: по 100 або 200 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340034-25/3-152 від 25.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУОТРАВ®, краплі очні** **по 2,5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в проміжній упаковці, що вкладається в коробку з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340034-25/3-152 від 25.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУОТРАВ®, краплі очні по 2,5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в проміжній упаковці, що вкладається в коробку з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340034-25/3-152 від 25.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУОТРАВ®, краплі очні по 2,5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в проміжній упаковці, що вкладається в коробку з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340091-25/3-96, 340092-25/3-96, 345393-25/3-96, 345394-25/3-96 від 26.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВРА®, пластир - трансдермальна терапевтична система (ТТС); по 1 пластиру в пакеті із ламінованого паперу і алюмінієвої фольги; по 3 пакети в прозорому пакетику з полімерної плівки; по 1 або 3 прозорих пакетики (3 або 9 пластирів) разом зі спеціальними наклейками на календар для позначок про використання пластиру (ТТС) у картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340091-25/3-96, 340092-25/3-96, 345393-25/3-96, 345394-25/3-96 від 26.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВРА®, пластир - трансдермальна терапевтична система (ТТС); по 1 пластиру в пакеті із ламінованого паперу і алюмінієвої фольги; по 3 пакети в прозорому пакетику з полімерної плівки; по 1 або 3 прозорих пакетики (3 або 9 пластирів) разом зі спеціальними наклейками на календар для позначок про використання пластиру (ТТС) у картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340091-25/3-96, 340092-25/3-96, 345393-25/3-96, 345394-25/3-96 від 26.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВРА®, пластир - трансдермальна терапевтична система (ТТС); по 1 пластиру в пакеті із ламінованого паперу і алюмінієвої фольги; по 3 пакети в прозорому пакетику з полімерної плівки; по 1 або 3 прозорих пакетики (3 або 9 пластирів) разом зі спеціальними наклейками на календар для позначок про використання пластиру (ТТС) у картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342884-25/B-97 від 14.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗЕМЕСТАН-ВІСТА АС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342884-25/B-97 від 14.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗЕМЕСТАН-ВІСТА АС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342884-25/B-97 від 14.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗЕМЕСТАН-ВІСТА АС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345647-25/3-152 від 02.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІГАРД 7,5 МГ, ЕЛІГАРД 22,5 МГ, ЕЛІГАРД 45 МГ, Порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 7,5 мг; порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 22,5 мг; порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 45 мг; комплект містить 1 лоток та стерильну голку. Лоток містить пакетик з вологопоглинаючим агентом та попередньо з'єднану шприцеву систему: попередньо наповнений шприц А з розчинником, попередньо наповнений шприц Б з порошком, фіксуючий з'єднувач для шприців А та Б з кнопкою. Комплект у картонній коробці**
Заявник	**Рекордаті Індастріа Хіміка е Фармасевтіка С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345647-25/3-152 від 02.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІГАРД 7,5 МГ, ЕЛІГАРД 22,5 МГ, ЕЛІГАРД 45 МГ, Порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 7,5 мг; порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 22,5 мг; порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 45 мг; комплект містить 1 лоток та стерильну голку. Лоток містить пакетик з вологопоглинаючим агентом та попередньо з'єднану шприцеву систему: попередньо наповнений шприц А з розчинником, попередньо наповнений шприц Б з порошком, фіксуючий з'єднувач для шприців А та Б з кнопкою. Комплект у картонній коробці**
Заявник	**Рекордаті Індастріа Хіміка е Фармасевтіка С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345647-25/3-152 від 02.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІГАРД 7,5 МГ, ЕЛІГАРД 22,5 МГ, ЕЛІГАРД 45 МГ, Порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 7,5 мг; порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 22,5 мг; порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 45 мг; комплект містить 1 лоток та стерильну голку. Лоток містить пакетик з вологопоглинаючим агентом та попередньо з'єднану шприцеву систему: попередньо наповнений шприц А з розчинником, попередньо наповнений шприц Б з порошком, фіксуючий з'єднувач для шприців А та Б з кнопкою. Комплект у картонній коробці**
Заявник	**Рекордаті Індастріа Хіміка е Фармасевтіка С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345647-25/3-152 від 02.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІГАРД 7,5 МГ, ЕЛІГАРД 22,5 МГ, ЕЛІГАРД 45 МГ, Порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 7,5 мг; порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 22,5 мг; порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 45 мг; комплект містить 1 лоток та стерильну голку. Лоток містить пакетик з вологопоглинаючим агентом та попередньо з'єднану шприцеву систему: попередньо наповнений шприц А з розчинником, попередньо наповнений шприц Б з порошком, фіксуючий з'єднувач для шприців А та Б з кнопкою. Комплект у картонній коробці**
Заявник	**Рекордаті Індастріа Хіміка е Фармасевтіка С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345647-25/3-152 від 02.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІГАРД 7,5 МГ, ЕЛІГАРД 22,5 МГ, ЕЛІГАРД 45 МГ, Порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 7,5 мг; порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 22,5 мг; порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 45 мг; комплект містить 1 лоток та стерильну голку. Лоток містить пакетик з вологопоглинаючим агентом та попередньо з'єднану шприцеву систему: попередньо наповнений шприц А з розчинником, попередньо наповнений шприц Б з порошком, фіксуючий з'єднувач для шприців А та Б з кнопкою. Комплект у картонній коробці**
Заявник	**Рекордаті Індастріа Хіміка е Фармасевтіка С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345647-25/3-152 від 02.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІГАРД 7,5 МГ, ЕЛІГАРД 22,5 МГ, ЕЛІГАРД 45 МГ, Порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 7,5 мг; порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 22,5 мг; порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 45 мг; комплект містить 1 лоток та стерильну голку. Лоток містить пакетик з вологопоглинаючим агентом та попередньо з'єднану шприцеву систему: попередньо наповнений шприц А з розчинником, попередньо наповнений шприц Б з порошком, фіксуючий з'єднувач для шприців А та Б з кнопкою. Комплект у картонній коробці**
Заявник	**Рекордаті Індастріа Хіміка е Фармасевтіка С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345647-25/3-152 від 02.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІГАРД 7,5 МГ, ЕЛІГАРД 22,5 МГ, ЕЛІГАРД 45 МГ, Порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 7,5 мг; порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 22,5 мг; порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 45 мг; комплект містить 1 лоток та стерильну голку. Лоток містить пакетик з вологопоглинаючим агентом та попередньо з'єднану шприцеву систему: попередньо наповнений шприц А з розчинником, попередньо наповнений шприц Б з порошком, фіксуючий з'єднувач для шприців А та Б з кнопкою. Комплект у картонній коробці**
Заявник	**Рекордаті Індастріа Хіміка е Фармасевтіка С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345647-25/3-152 від 02.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІГАРД 7,5 МГ, ЕЛІГАРД 22,5 МГ, ЕЛІГАРД 45 МГ, Порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 7,5 мг; порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 22,5 мг; порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 45 мг; комплект містить 1 лоток та стерильну голку. Лоток містить пакетик з вологопоглинаючим агентом та попередньо з'єднану шприцеву систему: попередньо наповнений шприц А з розчинником, попередньо наповнений шприц Б з порошком, фіксуючий з'єднувач для шприців А та Б з кнопкою. Комплект у картонній коробці**
Заявник	**Рекордаті Індастріа Хіміка е Фармасевтіка С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345647-25/3-152 від 02.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІГАРД 7,5 МГ, ЕЛІГАРД 22,5 МГ, ЕЛІГАРД 45 МГ, Порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 7,5 мг; порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 22,5 мг; порошок для приготування розчину для підшкірних ін'єкцій по 45 мг; комплект містить 1 лоток та стерильну голку. Лоток містить пакетик з вологопоглинаючим агентом та попередньо з'єднану шприцеву систему: попередньо наповнений шприц А з розчинником, попередньо наповнений шприц Б з порошком, фіксуючий з'єднувач для шприців А та Б з кнопкою. Комплект у картонній коробці**
Заявник	**Рекордаті Індастріа Хіміка е Фармасевтіка С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**339910-25/3-140, 348029-25/3-140 від 24.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІКВІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6, або по 10 блістерів у пачці з картону; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 20 таблеток у блістері; по 3 або по 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**339910-25/3-140, 348029-25/3-140 від 24.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІКВІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6, або по 10 блістерів у пачці з картону; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 20 таблеток у блістері; по 3 або по 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**339910-25/3-140, 348029-25/3-140 від 24.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІКВІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6, або по 10 блістерів у пачці з картону; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 20 таблеток у блістері; по 3 або по 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**339910-25/3-140, 348029-25/3-140 від 24.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІКВІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6, або по 10 блістерів у пачці з картону; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 20 таблеток у блістері; по 3 або по 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**339910-25/3-140, 348029-25/3-140 від 24.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІКВІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6, або по 10 блістерів у пачці з картону; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 20 таблеток у блістері; по 3 або по 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**339910-25/3-140, 348029-25/3-140 від 24.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІКВІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6, або по 10 блістерів у пачці з картону; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 20 таблеток у блістері; по 3 або по 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342109-25/3-82 від 30.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРІУС®, сироп, 0,5 мг/мл; по 60 мл або по 120 мл у флаконі; по 1 флакону разом з мірною ложечкою або дозуючим шприцом у картонній коробці**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342109-25/З-82 від 30.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРІУС®, сироп, 0,5 мг/мл; по 60 мл або по 120 мл у флаконі; по 1 флакону разом з мірною ложечкою або дозуючим шприцом у картонній коробці**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342109-25/З-82 від 30.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРІУС®, сироп, 0,5 мг/мл; по 60 мл або по 120 мл у флаконі; по 1 флакону разом з мірною ложечкою або дозуючим шприцом у картонній коробці**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**341335-25/В-120 від 16.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОТОН®, таблетки по 50 мг;** **таблетки по 100 мг;** **по 1 або по 2, або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 4 таблетки у блістері; по 2 блістери в пачці з картону;**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**341335-25/B-120 від 16.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОТОН®, таблетки по 50 мг;** **таблетки по 100 мг;** **по 1 або по 2, або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 4 таблетки у блістері; по 2 блістери в пачці з картону;**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**341335-25/B-120 від 16.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОТОН®, таблетки по 50 мг; таблетки по 100 мг; по 1 або по 2, або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 4 таблетки у блістері; по 2 блістери в пачці з картону;**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**341335-25/В-120 від 16.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОТОН®, таблетки по 50 мг;** **таблетки по 100 мг;** **по 1 або по 2, або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 4 таблетки у блістері; по 2 блістери в пачці з картону;**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**341335-25/B-120 від 16.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОТОН®, таблетки по 50 мг;** **таблетки по 100 мг;** **по 1 або по 2, або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 4 таблетки у блістері; по 2 блістери в пачці з картону;**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**341335-25/B-120 від 16.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОТОН®, таблетки по 50 мг; таблетки по 100 мг; по 1 або по 2, або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 4 таблетки у блістері; по 2 блістери в пачці з картону;**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**343000-25/3-96 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСБЕРІТОКС, таблетки по 3,2 мг, по 20 таблеток у блістері; по 2, або по 3, або по 5, або по 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Шапер & Брюммер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**343000-25/3-96 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСБЕРІТОКС, таблетки по 3,2 мг, по 20 таблеток у блістері; по 2, або по 3, або по 5, або по 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Шапер & Брюммер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**343000-25/3-96 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСБЕРІТОКС, таблетки по 3,2 мг, по 20 таблеток у блістері; по 2, або по 3, або по 5, або по 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Шапер & Брюммер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340517-25/3-96 від 03.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕХІНАЦЕЯ КОМПОЗИТУМ С, Розчин для ін'єкцій по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в коробці з картону; по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 20 контурних чарункових упаковок в коробці з картону.**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340517-25/3-96 від 03.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕХІНАЦЕЯ КОМПОЗИТУМ С, Розчин для ін'єкцій по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в коробці з картону; по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 20 контурних чарункових упаковок в коробці з картону.**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340517-25/3-96 від 03.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕХІНАЦЕЯ КОМПОЗИТУМ С, Розчин для ін'єкцій по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в коробці з картону; по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 20 контурних чарункових упаковок в коробці з картону.**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**331679-25/3-143, 331680-25/3-143, 331682-25/3-143, 331683-25/3-143, 331684-25/3-143, 331686-25/3-143, 334303-25/3-124, 341542-25/3-124, 341543-25/3-124, 341544-25/3-124 від 10.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОКАРДІС® ПЛЮС 30/12,5, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**331679-25/3-143, 331680-25/3-143, 331682-25/3-143, 331683-25/3-143, 331684-25/3-143, 331686-25/3-143, 334303-25/3-124, 341542-25/3-124, 341543-25/3-124, 341544-25/3-124 від 10.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОКАРДІС® ПЛЮС 30/12,5, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**331679-25/3-143, 331680-25/3-143, 331682-25/3-143, 331683-25/3-143, 331684-25/3-143, 331686-25/3-143, 334303-25/3-124, 341542-25/3-124, 341543-25/3-124, 341544-25/3-124 від 10.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОКАРДІС® ПЛЮС 30/12,5, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342776-25/З-116, 342777-25/З-116 від 12.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг або по 50 мг по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: № 5880 (14х 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342776-25/З-116, 342777-25/З-116 від 12.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг або по 50 мг по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: № 5880 (14х 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342776-25/З-116, 342777-25/З-116 від 12.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг або по 50 мг по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: № 5880 (14х 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342776-25/З-116, 342777-25/З-116 від 12.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг або по 50 мг по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: № 5880 (14х 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342776-25/З-116, 342777-25/З-116 від 12.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг або по 50 мг по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: № 5880 (14х 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342776-25/З-116, 342777-25/З-116 від 12.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг або по 50 мг по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: № 5880 (14х 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342776-25/З-116, 342777-25/З-116 від 12.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг або по 50 мг по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: № 5880 (14х 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342776-25/З-116, 342777-25/З-116 від 12.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг або по 50 мг по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: № 5880 (14х 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342776-25/З-116, 342777-25/З-116 від 12.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг або по 50 мг по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: № 5880 (14х 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342776-25/З-116, 342777-25/З-116 від 12.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг або по 50 мг по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: № 5880 (14х 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342776-25/З-116, 342777-25/З-116 від 12.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг або по 50 мг по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: № 5880 (14х 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342776-25/З-116, 342777-25/З-116 від 12.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг або по 50 мг по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: № 5880 (14х 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**348291-25/3-144 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІКЗИМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**Скай Фарма ВЗ-ТОВ, Об'єднані Арабські Емірати**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**348291-25/3-144 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІКЗИМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**Скай Фарма ВЗ-ТОВ, Об'єднані Арабські Емірати**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**348291-25/3-144 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІКЗИМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**Скай Фарма ВЗ-ТОВ, Об'єднані Арабські Емірати**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344643-25/3-100 від 12.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМУНОРО, розчин для ін'єкцій, 300 мкг (1500 МО)/2 мл; по 2 мл у попередньо наповненому шприці з голкою для введення, по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344643-25/3-100 від 12.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМУНОРО, розчин для ін'єкцій, 300 мкг (1500 МО)/2 мл; по 2 мл у попередньо наповненому шприці з голкою для введення, по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344643-25/3-100 від 12.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМУНОРО, розчин для ін'єкцій, 300 мкг (1500 МО)/2 мл; по 2 мл у попередньо наповненому шприці з голкою для введення, по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342302-25/B-97, 342303-25/B-97, 342304-25/B-97, 342305-25/B-97 від 01.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІТОПРИД-ФАРМАК, таблетки по 50 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 4 або по 10 блістерів в картонну пачку**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342302-25/B-97, 342303-25/B-97, 342304-25/B-97, 342305-25/B-97 від 01.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІТОПРИД-ФАРМАК, таблетки по 50 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 4 або по 10 блістерів в картонну пачку**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342302-25/B-97, 342303-25/B-97, 342304-25/B-97, 342305-25/B-97 від 01.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІТОПРИД-ФАРМАК, таблетки по 50 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 4 або по 10 блістерів в картонну пачку**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**343282-25/З-148 від 20.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІФЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; 1 флакон з порошком у коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**343282-25/3-148 від 20.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІФЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; 1 флакон з порошком у коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**343282-25/3-148 від 20.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІФЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; 1 флакон з порошком у коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**341527-25/3-145 від 18.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЙОГУРТ, капсули 2 млрд активних клітин (КУО); капсули 4 млрд активних клітин (КУО); для дозування 2 млрд активних клітин (КУО): по 30 або по 75 капсул у флаконах; по 15 капсул у блістерах, по 1 блістеру в картонній коробці; для дозування 4 млрд активних клітин (КУО): по 30 капсул у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**341527-25/3-145 від 18.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЙОГУРТ, капсули 2 млрд активних клітин (КУО); капсули 4 млрд активних клітин (КУО); для дозування 2 млрд активних клітин (КУО): по 30 або по 75 капсул у флаконах; по 15 капсул у блістерах, по 1 блістеру в картонній коробці; для дозування 4 млрд активних клітин (КУО): по 30 капсул у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**341527-25/3-145 від 18.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЙОГУРТ, капсули 2 млрд активних клітин (КУО); капсули 4 млрд активних клітин (КУО); для дозування 2 млрд активних клітин (КУО): по 30 або по 75 капсул у флаконах; по 15 капсул у блістерах, по 1 блістеру в картонній коробці; для дозування 4 млрд активних клітин (КУО): по 30 капсул у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346175-25/3-06 від 13.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНТАБ, таблетки по 8 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 7 блістерів у картонній упаковці; по 16 мг та 32 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346175-25/3-06 від 13.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНТАБ, таблетки по 8 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 7 блістерів у картонній упаковці; по 16 мг та 32 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346175-25/3-06 від 13.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНТАБ, таблетки по 8 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 7 блістерів у картонній упаковці; по 16 мг та 32 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346175-25/3-06 від 13.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНТАБ, таблетки по 8 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 7 блістерів у картонній упаковці; по 16 мг та 32 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346175-25/3-06 від 13.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНТАБ, таблетки по 8 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 7 блістерів у картонній упаковці; по 16 мг та 32 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346175-25/3-06 від 13.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНТАБ, таблетки по 8 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 7 блістерів у картонній упаковці; по 16 мг та 32 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346175-25/3-06 від 13.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНТАБ, таблетки по 8 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 7 блістерів у картонній упаковці; по 16 мг та 32 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346175-25/3-06 від 13.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНТАБ, таблетки по 8 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 7 блістерів у картонній упаковці; по 16 мг та 32 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346175-25/3-06 від 13.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНТАБ, таблетки по 8 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 7 блістерів у картонній упаковці; по 16 мг та 32 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346673-25/3-118, 346674-25/3-118, 346675-25/3-118 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНТАБ ПЛЮС, таблетки, 32 мг/12,5 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346673-25/3-118, 346674-25/3-118, 346675-25/3-118 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНТАБ ПЛЮС, таблетки, 32 мг/12,5 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346673-25/3-118, 346674-25/3-118, 346675-25/3-118 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНТАБ ПЛЮС, таблетки, 32 мг/12,5 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346682-25/3-138, 346683-25/3-138, 346684-25/3-138 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНТАБ ПЛЮС, таблетки, 16 мг/12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346682-25/3-138, 346683-25/3-138, 346684-25/3-138 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНТАБ ПЛЮС, таблетки, 16 мг/12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346682-25/3-138, 346683-25/3-138, 346684-25/3-138 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНТАБ ПЛЮС, таблетки, 16 мг/12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**326574-24/B-39, 326576-24/B-39 від 25.11.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАПТОПРИЛ, таблетки по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**326574-24/B-39, 326576-24/B-39 від 25.11.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАПТОПРИЛ, таблетки по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**326574-24/B-39, 326576-24/B-39 від 25.11.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАПТОПРИЛ, таблетки по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**334876-25/3-60 від 27.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРБОПЛАТИН "ЕБЕВЕ", концентрат для розчину для інфузій, 10 мг/мл;** **по 5 мл (50 мг), або по 15 мл (150 мг), або по 45 мл (450 мг), або по 60 мл (600 мг) у флаконі; по 1 флакону в коробці;**
Заявник	**ЕБЕВЕ Фарма Гес.м.б.Х. Нфг.КГ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**334876-25/3-60 від 27.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРБОПЛАТИН "ЕБЕВЕ", концентрат для розчину для інфузій, 10 мг/мл;** **по 5 мл (50 мг), або по 15 мл (150 мг), або по 45 мл (450 мг), або по 60 мл (600 мг) у флаконі; по 1 флакону в коробці;**
Заявник	**ЕБЕВЕ Фарма Гес.м.б.Х. Нфг.КГ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**334876-25/3-60 від 27.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРБОПЛАТИН "ЕБЕВЕ", концентрат для розчину для інфузій, 10 мг/мл;** **по 5 мл (50 мг), або по 15 мл (150 мг), або по 45 мл (450 мг), або по 60 мл (600 мг) у флаконі; по 1 флакону в коробці;**
Заявник	**ЕБЕВЕ Фарма Гес.м.б.Х. Нфг.КГ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346121-25/В-144 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТИРОН 25; КВЕТИРОН 100; КВЕТИРОН 200 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 100 мг або по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346121-25/B-144 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТИРОН 25; КВЕТИРОН 100; КВЕТИРОН 200 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 100 мг або по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346121-25/В-144 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТИРОН 25; КВЕТИРОН 100; КВЕТИРОН 200 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 100 мг або по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346121-25/В-144 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТИРОН 25; КВЕТИРОН 100; КВЕТИРОН 200 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 100 мг або по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346121-25/B-144 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТИРОН 25; КВЕТИРОН 100; КВЕТИРОН 200 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 100 мг або по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346121-25/В-144 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТИРОН 25; КВЕТИРОН 100; КВЕТИРОН 200 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 100 мг або по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346121-25/В-144 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТИРОН 25; КВЕТИРОН 100; КВЕТИРОН 200 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 100 мг або по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346121-25/B-144 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТИРОН 25; КВЕТИРОН 100; КВЕТИРОН 200 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 100 мг або по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346121-25/В-144 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТИРОН 25; КВЕТИРОН 100; КВЕТИРОН 200 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 100 мг або по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344731-25/3-100 від 15.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕЛТІКАН, капсули тверді; по 15 капсул у блістері; по 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Феррер Інтернаціональ, С.А., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344731-25/3-100 від 15.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕЛТІКАН, капсули тверді; по 15 капсул у блістері; по 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Феррер Інтернаціональ, С.А., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344731-25/3-100 від 15.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕЛТІКАН, капсули тверді; по 15 капсул у блістері; по 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Феррер Інтернаціональ, С.А., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346885-25/3-140 від 23.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТОНАЛ® ФОРТЕ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 20 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346885-25/3-140 від 23.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТОНАЛ® ФОРТЕ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 20 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346885-25/3-140 від 23.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТОНАЛ® ФОРТЕ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 20 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**335480-25/3-45 від 07.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕФПІМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 1 флакону у картонній упаковці**
Заявник	**Сенс Лабораторіс Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**335480-25/3-45 від 07.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕФПІМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 1 флакону у картонній упаковці**
Заявник	**Сенс Лабораторіс Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**335480-25/3-45 від 07.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕФПІМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 1 флакону у картонній упаковці**
Заявник	**Сенс Лабораторіс Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**348059-25/B-97 від 13.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КИСЕНЬ МЕДИЧНИЙ РІДКИЙ, рідина (субстанція) в стаціонарних кріогенних ємностях для виготовлення газоподібних лікарських форм**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "АЗОТ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**348059-25/B-97 від 13.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КИСЕНЬ МЕДИЧНИЙ РІДКИЙ, рідина (субстанція) в стаціонарних кріогенних ємностях для виготовлення газоподібних лікарських форм**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "АЗОТ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**348059-25/B-97 від 13.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КИСЕНЬ МЕДИЧНИЙ РІДКИЙ, рідина (субстанція) в стаціонарних кріогенних ємностях для виготовлення газоподібних лікарських форм**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "АЗОТ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342844-25/3-82, 342845-25/3-82 від 13.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІТРУДА®, концентрат для розчину для інфузій, 25 мг/мл, по 4 мл концентрату у флаконі; по 1 флакону з препаратом в картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342844-25/3-82, 342845-25/3-82 від 13.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІТРУДА®, концентрат для розчину для інфузій, 25 мг/мл, по 4 мл концентрату у флаконі; по 1 флакону з препаратом в картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342844-25/3-82, 342845-25/3-82 від 13.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІТРУДА®, концентрат для розчину для інфузій, 25 мг/мл, по 4 мл концентрату у флаконі; по 1 флакону з препаратом в картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**326425-24/3-137 від 21.11.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАДРИБІН-ВІСТА, таблетки по 10 мг; по 1 таблетці в блістері, по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**326425-24/3-137 від 21.11.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАДРИБІН-ВІСТА, таблетки по 10 мг; по 1 таблетці в блістері, по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**326425-24/3-137 від 21.11.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАДРИБІН-ВІСТА, таблетки по 10 мг; по 1 таблетці в блістері, по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344782-25/B-147 від 15.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛЕКСАН®300, розчин для ін'єкцій по 10 000 анти-Ха МО/мл; № 1 (по 1 багатодозовому флакону по 3 мл в картонній коробці)**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344782-25/B-147 від 15.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛЕКСАН®300, розчин для ін'єкцій по 10 000 анти-Ха МО/мл; № 1 (по 1 багатодозовому флакону по 3 мл в картонній коробці)**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344782-25/B-147 від 15.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛЕКСАН®300, розчин для ін'єкцій по 10 000 анти-Ха МО/мл; № 1 (по 1 багатодозовому флакону по 3 мл в картонній коробці)**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346102-25/B-144 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІВАС 10, КЛІВАС 20 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3, або 9 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346102-25/B-144 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІВАС 10, КЛІВАС 20 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3, або 9 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346102-25/B-144 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІВАС 10, КЛІВАС 20 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3, або 9 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346102-25/B-144 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІВАС 10, КЛІВАС 20 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3, або 9 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346102-25/B-144 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІВАС 10, КЛІВАС 20 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3, або 9 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346102-25/B-144 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІВАС 10, КЛІВАС 20 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3, або 9 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340805-25/З-28 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІМАКТ-ХЕЕЛЬ, таблетки по 50 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340805-25/3-28 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІМАКТ-ХЕЕЛЬ, таблетки по 50 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340805-25/3-28 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІМАКТ-ХЕЕЛЬ, таблетки по 50 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345508-25/3-139 від 30.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІМЕДИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 2 мг/1 мг; по 28 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери разом із картонним футляром для зберігання блістера у картонній коробці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345508-25/3-139 від 30.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІМЕДИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 2 мг/1 мг; по 28 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери разом із картонним футляром для зберігання блістера у картонній коробці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345508-25/3-139 від 30.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІМЕДИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 2 мг/1 мг; по 28 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери разом із картонним футляром для зберігання блістера у картонній коробці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346095-25/В-144 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОДЕПСИН, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346095-25/B-144 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОДЕПСИН, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346095-25/B-144 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОДЕПСИН, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340475-25/3-138 від 03.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЕНЗИМ КОМПОЗИТУМ, розчин для ін'єкцій; по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в коробці з картону; по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в коробці з картону; по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 20 контурних чарункових упаковок у коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340475-25/3-138 від 03.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЕНЗИМ КОМПОЗИТУМ, розчин для ін'єкцій; по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в коробці з картону; по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в коробці з картону; по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 20 контурних чарункових упаковок у коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340475-25/3-138 від 03.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЕНЗИМ КОМПОЗИТУМ, розчин для ін'єкцій; по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в коробці з картону; по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в коробці з картону; по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 20 контурних чарункових упаковок у коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340806-25/3-28 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОР СУІС КОМПОЗИТУМ Н, розчин для ін'єкцій по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2, або по 20 контурних чарункових упаковок у коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340806-25/З-28 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОР СУІС КОМПОЗИТУМ Н, розчин для ін'єкцій по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2, або по 20 контурних чарункових упаковок у коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340806-25/3-28 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОР СУІС КОМПОЗИТУМ Н, розчин для ін'єкцій по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2, або по 20 контурних чарункових упаковок у коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**348294-25/3-147 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОСОПТ БК, краплі очні, розчин; по 10 мл у флаконі з дозатором та кришкою; по 1 флакону з дозатором та кришкою з контролем першого розкиття в картонній коробці**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**348294-25/3-147 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОСОПТ БК, краплі очні, розчин; по 10 мл у флаконі з дозатором та кришкою; по 1 флакону з дозатором та кришкою з контролем першого розкриття в картонній коробці**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**348294-25/3-147 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОСОПТ БК, краплі очні, розчин; по 10 мл у флаконі з дозатором та кришкою; по 1 флакону з дозатором та кришкою з контролем першого розкиття в картонній коробці**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**337823-25/3-96, 337824-25/3-96, 337825-25/3-96, 337826-25/3-96, 337827-25/3-96, 337828-25/3-96, 337829-25/3-96, 337830-25/3-96, 337831-25/3-96, 337832-25/3-96, 337833-25/3-96, 337834-25/3-96, 337835-25/3-96, 337836-25/3-96, 337837-25/3-96, 337838-25/3-96 від 19.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРУРОВІТ, таблетки по 50 мг або по 100 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**337823-25/3-96, 337824-25/3-96, 337825-25/3-96, 337826-25/3-96, 337827-25/3-96, 337828-25/3-96, 337829-25/3-96, 337830-25/3-96, 337831-25/3-96, 337832-25/3-96, 337833-25/3-96, 337834-25/3-96, 337835-25/3-96, 337836-25/3-96, 337837-25/3-96, 337838-25/3-96 від 19.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРУРОВІТ, таблетки по 50 мг або по 100 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**337823-25/3-96, 337824-25/3-96, 337825-25/3-96, 337826-25/3-96, 337827-25/3-96, 337828-25/3-96, 337829-25/3-96, 337830-25/3-96, 337831-25/3-96, 337832-25/3-96, 337833-25/3-96, 337834-25/3-96, 337835-25/3-96, 337836-25/3-96, 337837-25/3-96, 337838-25/3-96 від 19.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРУРОВІТ, таблетки по 50 мг або по 100 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**337823-25/3-96, 337824-25/3-96, 337825-25/3-96, 337826-25/3-96, 337827-25/3-96, 337828-25/3-96, 337829-25/3-96, 337830-25/3-96, 337831-25/3-96, 337832-25/3-96, 337833-25/3-96, 337834-25/3-96, 337835-25/3-96, 337836-25/3-96, 337837-25/3-96, 337838-25/3-96 від 19.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРУРОВІТ, таблетки по 50 мг або по 100 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**337823-25/3-96, 337824-25/3-96, 337825-25/3-96, 337826-25/3-96, 337827-25/3-96, 337828-25/3-96, 337829-25/3-96, 337830-25/3-96, 337831-25/3-96, 337832-25/3-96, 337833-25/3-96, 337834-25/3-96, 337835-25/3-96, 337836-25/3-96, 337837-25/3-96, 337838-25/3-96 від 19.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРУРОВІТ, таблетки по 50 мг або по 100 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**337823-25/3-96, 337824-25/3-96, 337825-25/3-96, 337826-25/3-96, 337827-25/3-96, 337828-25/3-96, 337829-25/3-96, 337830-25/3-96, 337831-25/3-96, 337832-25/3-96, 337833-25/3-96, 337834-25/3-96, 337835-25/3-96, 337836-25/3-96, 337837-25/3-96, 337838-25/3-96 від 19.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРУРОВІТ, таблетки по 50 мг або по 100 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346548-25/3-128 від 20.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАГЕВРІО/LAGEVRIO™, капсули по 200 мг; по 40 капсул у пляшці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346548-25/3-128 від 20.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАГЕВРІО/LAGEVRIO™, капсули по 200 мг; по 40 капсул у пляшці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346548-25/3-128 від 20.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАГЕВРІО/LAGEVRIO™, капсули по 200 мг; по 40 капсул у пляшці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**343406-25/З-147 від 22.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВАСЕПТ, Розчин для інфузій, 500 мг/100 мл; по 100 мл в контейнері; по 1 контейнеру в полівінілхлоридній плівці в коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**343406-25/3-147 від 22.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВАСЕПТ, Розчин для інфузій, 500 мг/100 мл; по 100 мл в контейнері; по 1 контейнеру в полівінілхлоридній плівці в коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**343406-25/3-147 від 22.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВАСЕПТ, Розчин для інфузій, 500 мг/100 мл; по 100 мл в контейнері; по 1 контейнеру в полівінілхлоридній плівці в коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**333775-25/B-116, 334296-25/B-116, 341068-25/B-116, 341070-25/B-116 від 11.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИН-АСТРАФАРМ, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**333775-25/B-116, 334296-25/B-116, 341068-25/B-116, 341070-25/B-116 від 11.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИН-АСТРАФАРМ, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**333775-25/B-116, 334296-25/B-116, 341068-25/B-116, 341070-25/B-116 від 11.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИН-АСТРАФАРМ, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**333775-25/B-116, 334296-25/B-116, 341068-25/B-116, 341070-25/B-116 від 11.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИН-АСТРАФАРМ, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**333775-25/B-116, 334296-25/B-116, 341068-25/B-116, 341070-25/B-116 від 11.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИН-АСТРАФАРМ, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**333775-25/B-116, 334296-25/B-116, 341068-25/B-116, 341070-25/B-116 від 11.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИН-АСТРАФАРМ, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342741-25/B-148 від 12.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЄТРОМАРА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342741-25/B-148 від 12.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЄТРОМАРА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342741-25/B-148 від 12.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЄТРОМАРА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345266-25/3-60 від 25.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІВ.52®, таблетки** **по 100 таблеток у пластиковій банці; по 1 банці в картонній коробці**
Заявник	**Хімалая Велнес Компані, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345266-25/3-60 від 25.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІВ.52®, таблетки** **по 100 таблеток у пластиковій банці; по 1 банці в картонній коробці**
Заявник	**Хімалая Велнес Компані, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345266-25/3-60 від 25.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІВ.52®, таблетки** **по 100 таблеток у пластиковій банці; по 1 банці в картонній коробці**
Заявник	**Хімалая Велнес Компані, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**338460-25/3-128 від 28.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІВАЗО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**338460-25/3-128 від 28.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІВАЗО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**338460-25/3-128 від 28.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІВАЗО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**338460-25/3-128 від 28.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІВАЗО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**338460-25/3-128 від 28.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІВАЗО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**338460-25/3-128 від 28.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІВАЗО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**338460-25/3-128 від 28.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІВАЗО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**338460-25/3-128 від 28.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІВАЗО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**338460-25/3-128 від 28.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІВАЗО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340802-25/B-28, 340803-25/B-28, 340804-25/B-28 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІЗАК®, таблетки для смоктання зі смаком анісу і м'яти по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком шоколаду по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком апельсину по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком малини по 10 таблеток у блістері, по 1, 2 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340802-25/B-28, 340803-25/B-28, 340804-25/B-28 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІЗАК®, таблетки для смоктання зі смаком анісу і м'яти по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком шоколаду по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком апельсину по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком малини по 10 таблеток у блістері, по 1, 2 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340802-25/B-28, 340803-25/B-28, 340804-25/B-28 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІЗАК®, таблетки для смоктання зі смаком анісу і м'яти по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком шоколаду по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком апельсину по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком малини по 10 таблеток у блістері, по 1, 2 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340802-25/B-28, 340803-25/B-28, 340804-25/B-28 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІЗАК®, таблетки для смоктання зі смаком анісу і м'яти по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком шоколаду по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком апельсину по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком малини по 10 таблеток у блістері, по 1, 2 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340802-25/B-28, 340803-25/B-28, 340804-25/B-28 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІЗАК®, таблетки для смоктання зі смаком анісу і м'яти по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком шоколаду по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком апельсину по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком малини по 10 таблеток у блістері, по 1, 2 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340802-25/B-28, 340803-25/B-28, 340804-25/B-28 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІЗАК®, таблетки для смоктання зі смаком анісу і м'яти по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком шоколаду по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком апельсину по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком малини по 10 таблеток у блістері, по 1, 2 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340802-25/B-28, 340803-25/B-28, 340804-25/B-28 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІЗАК®, таблетки для смоктання зі смаком анісу і м'яти по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком шоколаду по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком апельсину по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком малини по 10 таблеток у блістері, по 1, 2 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340802-25/B-28, 340803-25/B-28, 340804-25/B-28 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІЗАК®, таблетки для смоктання зі смаком анісу і м'яти по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком шоколаду по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком апельсину по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком малини по 10 таблеток у блістері, по 1, 2 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340802-25/B-28, 340803-25/B-28, 340804-25/B-28 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІЗАК®, таблетки для смоктання зі смаком анісу і м'яти по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком шоколаду по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком апельсину по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком малини по 10 таблеток у блістері, по 1, 2 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340802-25/B-28, 340803-25/B-28, 340804-25/B-28 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІЗАК®, таблетки для смоктання зі смаком анісу і м'яти по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком шоколаду по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком апельсину по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком малини по 10 таблеток у блістері, по 1, 2 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340802-25/B-28, 340803-25/B-28, 340804-25/B-28 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІЗАК®, таблетки для смоктання зі смаком анісу і м'яти по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком шоколаду по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком апельсину по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком малини по 10 таблеток у блістері, по 1, 2 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340802-25/B-28, 340803-25/B-28, 340804-25/B-28 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІЗАК®, таблетки для смоктання зі смаком анісу і м'яти по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком шоколаду по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком апельсину по 6 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в пачці; таблетки для смоктання зі смаком малини по 10 таблеток у блістері, по 1, 2 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346005-25/3-60 від 09.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІМФОМІОЗОТ, краплі оральні по 30 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346005-25/3-60 від 09.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІМФОМІОЗОТ, краплі оральні по 30 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346005-25/3-60 від 09.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІМФОМІОЗОТ, краплі оральні по 30 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340519-25/3-96 від 03.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІМФОМІОЗОТ Н ІН'ЄКЦІЇ, розчин для ін'єкцій по 1,1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2, або по 20 контурних чарункових упаковок в коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340519-25/3-96 від 03.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІМФОМІОЗОТ Н ІН'ЄКЦІЇ, розчин для ін'єкцій по 1,1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2, або по 20 контурних чарункових упаковок в коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340519-25/3-96 від 03.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІМФОМІОЗОТ Н ІН'ЄКЦІЇ, розчин для ін'єкцій по 1,1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2, або по 20 контурних чарункових упаковок в коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345716-25/3-120 від 03.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕКС® , капсули тверді по 32 капсули у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 8 капсул у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345716-25/3-120 від 03.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕКС® , капсули тверді по 32 капсули у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 8 капсул у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345716-25/3-120 від 03.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕКС® , капсули тверді по 32 капсули у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 8 капсул у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344461-25/3-28 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНОТОР®, таблетки по 5 мг або по 10 мг, або по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344461-25/3-28 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНОТОР®, таблетки по 5 мг або по 10 мг, або по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344461-25/3-28 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНОТОР®, таблетки по 5 мг або по 10 мг, або по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344461-25/3-28 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНОТОР®, таблетки по 5 мг або по 10 мг, або по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344461-25/3-28 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНОТОР®, таблетки по 5 мг або по 10 мг, або по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344461-25/3-28 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНОТОР®, таблетки по 5 мг або по 10 мг, або по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344461-25/3-28 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНОТОР®, таблетки по 5 мг або по 10 мг, або по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344461-25/3-28 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНОТОР®, таблетки по 5 мг або по 10 мг, або по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344461-25/3-28 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНОТОР®, таблетки по 5 мг або по 10 мг, або по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**347015-25/3-61 від 28.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАДІНЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,03 мг/2 мг по 21 таблетці у блістері; по 1 або по 3, або по 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**347015-25/3-61 від 28.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАДІНЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,03 мг/2 мг по 21 таблетці у блістері; по 1 або по 3, або по 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**347015-25/3-61 від 28.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАДІНЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,03 мг/2 мг по 21 таблетці у блістері; по 1 або по 3, або по 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342287-25/B-97 від 01.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕБГІДРОЛІН (МЕБГІДРОЛІНУ НАПАДИЗИЛАТ), кристалічний порошок (субстанція) у мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342287-25/B-97 від 01.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕБГІДРОЛІН (МЕБГІДРОЛІНУ НАПАДИЗИЛАТ), кристалічний порошок (субстанція) у мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342287-25/B-97 від 01.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕБГІДРОЛІН (МЕБГІДРОЛІНУ НАПАДИЗИЛАТ), кристалічний порошок (субстанція) у мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**348445-25/3-147 від 21.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕГАЛІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 20 мг; по 1 або 2 або 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**348445-25/3-147 від 21.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕГАЛІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 20 мг; по 1 або 2 або 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**348445-25/3-147 від 21.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕГАЛІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 20 мг; по 1 або 2 або 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342031-25/3-144 від 29.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДАКСА, концентрат для розчину для інфузій, 5 мг/мл; по 10 мл (50 мг) або 20 мл (100 мг), або 40 мл (200 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342031-25/3-144 від 29.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДАКСА, концентрат для розчину для інфузій, 5 мг/мл; по 10 мл (50 мг) або 20 мл (100 мг), або 40 мл (200 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342031-25/3-144 від 29.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДАКСА, концентрат для розчину для інфузій, 5 мг/мл; по 10 мл (50 мг) або 20 мл (100 мг), або 40 мл (200 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**341513-25/З-132 від 18.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПЕНЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 г, по 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**341513-25/3-132 від 18.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПЕНЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 г, по 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**341513-25/3-132 від 18.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПЕНЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 г, по 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345798-25/В-148 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛПРЕДНІЗОЛОН-ФС, таблетки по 4 мг; по 8 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці картонній**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345798-25/B-148 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛПРЕДНІЗОЛОН-ФС, таблетки по 4 мг; по 8 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці картонній**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345798-25/B-148 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛПРЕДНІЗОЛОН-ФС, таблетки по 4 мг; по 8 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці картонній**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345798-25/В-148 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛПРЕДНІЗОЛОН-ФС, таблетки по 4 мг; по 8 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці картонній**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345798-25/B-148 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛПРЕДНІЗОЛОН-ФС, таблетки по 4 мг; по 8 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці картонній**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345798-25/B-148 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛПРЕДНІЗОЛОН-ФС, таблетки по 4 мг; по 8 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці картонній**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**339137-25/3-132, 339138-25/3-132, 347570-25/3-132 від 11.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИРОМ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій, по 500 мг у флаконі з порошком, по 7,8 мл розчинника в ампулі; по 1 флакону та 1 ампулі в картонній пачці**
Заявник	**ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**339137-25/З-132, 339138-25/З-132, 347570-25/З-132 від 11.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИРОМ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій, по 500 мг у флаконі з порошком, по 7,8 мл розчинника в ампулі; по 1 флакону та 1 ампулі в картонній пачці**
Заявник	**ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**339137-25/З-132, 339138-25/З-132, 347570-25/З-132 від 11.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИРОМ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій, по 500 мг у флаконі з порошком, по 7,8 мл розчинника в ампулі; по 1 флакону та 1 ампулі в картонній пачці**
Заявник	**ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340884-25/З-28, 340886-25/З-28, 340888-25/З-28 від 09.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОДЖЕКТ®, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 0,15 мл (7,5 мг), або по 0,20 мл (10 мг), або по 0,25 мл (12,5 мг), або по 0,30 мл (15 мг), або по 0,35 мл (17,5 мг), або по 0,40 мл (20 мг), або по 0,45 мл (22,5 мг), або по 0,50 мл (25 мг), або по 0,55 мл (27,5 мг), або по 0,60 мл (30 мг) розчину у попередньо заповненому шприці; по 1 шприцу разом із вбудованою ін'єкційною голкою в контурному чарунковому блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340884-25/3-28, 340886-25/3-28, 340888-25/3-28 від 09.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОДЖЕКТ®, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 0,15 мл (7,5 мг), або по 0,20 мл (10 мг), або по 0,25 мл (12,5 мг), або по 0,30 мл (15 мг), або по 0,35 мл (17,5 мг), або по 0,40 мл (20 мг), або по 0,45 мл (22,5 мг), або по 0,50 мл (25 мг), або по 0,55 мл (27,5 мг), або по 0,60 мл (30 мг) розчину у попередньо заповненому шприці; по 1 шприцу разом із вбудованою ін'єкційною голкою в контурному чарунковому блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340884-25/3-28, 340886-25/3-28, 340888-25/3-28 від 09.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОДЖЕКТ®, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 0,15 мл (7,5 мг), або по 0,20 мл (10 мг), або по 0,25 мл (12,5 мг), або по 0,30 мл (15 мг), або по 0,35 мл (17,5 мг), або по 0,40 мл (20 мг), або по 0,45 мл (22,5 мг), або по 0,50 мл (25 мг), або по 0,55 мл (27,5 мг), або по 0,60 мл (30 мг) розчину у попередньо заповненому шприці; по 1 шприцу разом із вбудованою ін'єкційною голкою в контурному чарунковому блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340470-25/3-152 від 03.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТРО-АДНЕКС-ІН'ЄЛЬ, розчин для ін'єкцій; по 1,1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або 20 контурних чарункових упаковок у коробці з картону з маркуванням українською та латинською мовами**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340470-25/3-152 від 03.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТРО-АДНЕКС-ІН'ЄЛЬ, розчин для ін'єкцій; по 1,1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або 20 контурних чарункових упаковок у коробці з картону з маркуванням українською та латинською мовами**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340470-25/3-152 від 03.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТРО-АДНЕКС-ІН'ЄЛЬ, розчин для ін'єкцій; по 1,1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або 20 контурних чарункових упаковок у коробці з картону з маркуванням українською та латинською мовами**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**347907-25/3-146 від 11.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІЛДРОНАТ®, капсули тверді по 250 мг; по 10 капсул у блістері; по 2, 4 або 6 блістерів в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**347907-25/3-146 від 11.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІЛДРОНАТ®, капсули тверді по 250 мг; по 10 капсул у блістері; по 2, 4 або 6 блістерів в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**347907-25/3-146 від 11.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІЛДРОНАТ®, капсули тверді по 250 мг; по 10 капсул у блістері; по 2, 4 або 6 блістерів в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340825-25/B-96, 340826-25/B-96 від 09.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340825-25/B-96, 340826-25/B-96 від 09.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340825-25/B-96, 340826-25/B-96 від 09.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340276-25/B-137, 340277-25/B-137 від 30.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ, таблетки жувальні по 4 мг або по 5 мг** **Для дозування по 4 мг** **in bulk: по 42 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 31 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 23 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 17 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 13 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 10 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 7 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 6 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** ***допустиме відхилення ±15%** **Для дозування по 5 мг** **in bulk: по 34 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 25 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 19 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 14 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 11 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 8 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 6 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 5 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** ***допустиме відхилення ±15%**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина	

Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340276-25/B-137, 340277-25/B-137 від 30.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ, таблетки жувальні по 4 мг або по 5 мг** **Для дозування по 4 мг** **in bulk: по 42 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 31 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 23 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 17 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 13 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 10 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 7 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 6 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** ***допустиме відхилення ±15%** **Для дозування по 5 мг** **in bulk: по 34 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 25 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 19 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 14 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 11 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 8 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 6 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 5 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** ***допустиме відхилення ±15%**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено,	

причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340276-25/B-137, 340277-25/B-137 від 30.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ, таблетки жувальні по 4 мг або по 5 мг** **Для дозування по 4 мг** **in bulk: по 42 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 31 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 23 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 17 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 13 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 10 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 7 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 6 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** ***допустиме відхилення ±15%** **Для дозування по 5 мг** **in bulk: по 34 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 25 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 19 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 14 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 11 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 8 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 6 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 5 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** ***допустиме відхилення ±15%**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено,	

причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340276-25/B-137, 340277-25/B-137 від 30.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ, таблетки жувальні по 4 мг або по 5 мг** **Для дозування по 4 мг** **in bulk: по 42 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 31 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 23 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 17 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 13 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 10 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 7 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 6 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** ***допустиме відхилення ±15%** **Для дозування по 5 мг** **in bulk: по 34 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 25 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 19 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 14 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 11 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 8 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 6 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 5 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** ***допустиме відхилення ±15%**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина	

Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340276-25/B-137, 340277-25/B-137 від 30.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ, таблетки жувальні по 4 мг або по 5 мг** **Для дозування по 4 мг** **in bulk: по 42 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 31 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 23 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 17 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 13 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 10 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 7 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 6 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** ***допустиме відхилення ±15%** **Для дозування по 5 мг** **in bulk: по 34 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 25 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 19 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 14 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 11 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 8 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 6 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 5 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** ***допустиме відхилення ±15%**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено,	

причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340276-25/B-137, 340277-25/B-137 від 30.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ, таблетки жувальні по 4 мг або по 5 мг** **Для дозування по 4 мг** **in bulk: по 42 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 31 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 23 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 17 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 13 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 10 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 7 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 6 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** ***допустиме відхилення ±15%** **Для дозування по 5 мг** **in bulk: по 34 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 25 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 19 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 14 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 11 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 8 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 6 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** **in bulk: по 5 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті** ***допустиме відхилення ±15%**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено,	

причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340320-25/B-139, 340321-25/B-139 від 01.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, in bulk: по 50 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті; in bulk: по 37 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті; in bulk: по 27 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті; in bulk: по 20 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті; in bulk: по 15 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті; in bulk: по 11 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті; in bulk: по 8 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті; in bulk: по 6 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті *допустиме відхилення ±15%**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340320-25/B-139, 340321-25/B-139 від 01.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, in bulk: по 50 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті; in bulk: по 37 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті; in bulk: по 27 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті; in bulk: по 20 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті; in bulk: по 15 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті; in bulk: по 11 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті; in bulk: по 8 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті; in bulk: по 6 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті *допустиме відхилення ±15%**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340320-25/B-139, 340321-25/B-139 від 01.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕЛУКАСТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, in bulk: по 50 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті; in bulk: по 37 000 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті; in bulk: по 27 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті; in bulk: по 20 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті; in bulk: по 15 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті; in bulk: по 11 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті; in bulk: по 8 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті; in bulk: по 6 500 таблеток* у подвійному поліетиленовому пакеті *допустиме відхилення ±15%**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**348246-25/3-96 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МУЦИТУС, капсули по 150 мг, по 300 мг; по 6 капсул у стрипі; по 2 або по 5 стрипів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**348246-25/3-96 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МУЦИТУС, капсули по 150 мг, по 300 мг; по 6 капсул у стрипі; по 2 або по 5 стрипів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**348246-25/3-96 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МУЦИТУС, капсули по 150 мг, по 300 мг; по 6 капсул у стрипі; по 2 або по 5 стрипів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**348246-25/3-96 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МУЦИТУС, капсули по 150 мг, по 300 мг; по 6 капсул у стрипі; по 2 або по 5 стрипів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**348246-25/3-96 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МУЦИТУС, капсули по 150 мг, по 300 мг; по 6 капсул у стрипі; по 2 або по 5 стрипів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**348246-25/3-96 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МУЦИТУС, капсули по 150 мг, по 300 мг; по 6 капсул у стрипі; по 2 або по 5 стрипів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344330-25/В-144 від 08.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАБОТА, порошок для розчину для ін'єкцій по 100 одиниць; 1 флакон у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "ТОТІСФАРМА ГРУП", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344330-25/B-144 від 08.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАБОТА, порошок для розчину для ін'єкцій по 100 одиниць; 1 флакон у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "ТОТІСФАРМА ГРУП", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344330-25/B-144 від 08.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАБОТА, порошок для розчину для ін'єкцій по 100 одиниць; 1 флакон у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "ТОТІСФАРМА ГРУП", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**334165-25/B-06, 343729-25/B-06 від 18.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЗАЛОНГ®, спрей назальний, дозований 0,05%, по 10 г у флаконі, по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**334165-25/B-06, 343729-25/B-06 від 18.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЗАЛОНГ®, спрей назальний, дозований 0,05%, по 10 г у флаконі, по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**334165-25/B-06, 343729-25/B-06 від 18.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЗАЛОНГ®, спрей назальний, дозований 0,05%, по 10 г у флаконі, по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**337483-25/B-45 від 08.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЗАЛОНГ®, спрей назальний, дозований 0,05% по 10 г у флаконі; по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**337483-25/В-45 від 08.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЗАЛОНГ®, спрей назальний, дозований 0,05% по 10 г у флаконі; по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**337483-25/B-45 від 08.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЗАЛОНГ®, спрей назальний, дозований 0,05% по 10 г у флаконі; по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**337482-25/В-45 від 08.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЗАЛОНГ® КІДС, спрей назальний 0,025%, по 10 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**337482-25/В-45 від 08.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЗАЛОНГ® КІДС, спрей назальний 0,025%, по 10 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**337482-25/В-45 від 08.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЗАЛОНГ® КІДС, спрей назальний 0,025%, по 10 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**334221-25/B-96, 343759-25/B-96 від 18.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЗАЛОНГ® КІДС, спрей назальний, 0,025 % по 10 мл у флаконі, по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**334221-25/В-96, 343759-25/В-96 від 18.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЗАЛОНГ® КІДС, спрей назальний, 0,025 % по 10 мл у флаконі, по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**334221-25/B-96, 343759-25/B-96 від 18.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЗАЛОНГ® КІДС, спрей назальний, 0,025 % по 10 мл у флаконі, по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**348231-25/3-149 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЛГЕЗІН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 275 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**348231-25/3-149 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЛГЕЗІН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 275 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**348231-25/3-149 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЛГЕЗІН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 275 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**348214-25/3-149 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЛГЕЗІН® ФОРТЕ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 550 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**348214-25/3-149 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЛГЕЗІН® ФОРТЕ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 550 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**348214-25/3-149 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЛГЕЗІН® ФОРТЕ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 550 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**343175-25/В-137 від 19.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТРІЮ ДИКЛОФЕНАК-КВ, капсули тверді по 25 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**343175-25/В-137 від 19.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТРІЮ ДИКЛОФЕНАК-КВ, капсули тверді по 25 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**343175-25/В-137 від 19.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАТРІЮ ДИКЛОФЕНАК-КВ, капсули тверді по 25 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**341998-25/3-118 від 29.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕУРОКЕМ 75, НЕУРОКЕМ 100, НЕУРОКЕМ 150, капсули по 75 мг або по 100 мг, або по 150 мг; по 10 капсул у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**341998-25/З-118 від 29.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕУРОКЕМ 75, НЕУРОКЕМ 100, НЕУРОКЕМ 150, капсули по 75 мг або по 100 мг, або по 150 мг; по 10 капсул у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**341998-25/З-118 від 29.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕУРОКЕМ 75, НЕУРОКЕМ 100, НЕУРОКЕМ 150, капсули по 75 мг або по 100 мг, або по 150 мг; по 10 капсул у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**341998-25/3-118 від 29.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕУРОКЕМ 75, НЕУРОКЕМ 100, НЕУРОКЕМ 150, капсули по 75 мг або по 100 мг, або по 150 мг; по 10 капсул у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**341998-25/З-118 від 29.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕУРОКЕМ 75, НЕУРОКЕМ 100, НЕУРОКЕМ 150, капсули по 75 мг або по 100 мг, або по 150 мг; по 10 капсул у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**341998-25/З-118 від 29.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕУРОКЕМ 75, НЕУРОКЕМ 100, НЕУРОКЕМ 150, капсули по 75 мг або по 100 мг, або по 150 мг; по 10 капсул у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**341998-25/3-118 від 29.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕУРОКЕМ 75, НЕУРОКЕМ 100, НЕУРОКЕМ 150, капсули по 75 мг або по 100 мг, або по 150 мг; по 10 капсул у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**341998-25/З-118 від 29.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕУРОКЕМ 75, НЕУРОКЕМ 100, НЕУРОКЕМ 150, капсули по 75 мг або по 100 мг, або по 150 мг; по 10 капсул у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**341998-25/З-118 від 29.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕУРОКЕМ 75, НЕУРОКЕМ 100, НЕУРОКЕМ 150, капсули по 75 мг або по 100 мг, або по 150 мг; по 10 капсул у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці**
Заявник	**Алкем Лабораторіз Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**303435-23/3-100, 303436-23/3-100, 303437-23/3-100, 303438-23/3-100, 326402-24/3-124 від 23.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕФАЛЬЖИК, розчин для ін'єкцій 20 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул на піддоні в картонній упаковці**
Заявник	**БІОКОДЕКС, Франція**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**303435-23/З-100, 303436-23/З-100, 303437-23/З-100, 303438-23/З-100, 326402-24/З-124 від 23.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕФАЛЬЖИК, розчин для ін'єкцій 20 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул на піддоні в картонній упаковці**
Заявник	**БІОКОДЕКС, Франція**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**303435-23/З-100, 303436-23/З-100, 303437-23/З-100, 303438-23/З-100, 326402-24/З-124 від 23.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕФАЛЬЖИК, розчин для ін'єкцій 20 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул на піддоні в картонній упаковці**
Заявник	**БІОКОДЕКС, Франція**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342372-25/B-118 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІМІД АРТРОГЕЛЬ, гель для зовнішнього застосування, 10 мг/г; по 30 г або 100 г в алюмінієвій або ламінованій тубі; по 1 тубі у картонній упаковці; in bulk: по 30 г в ламінованій тубі; по 200 туб у картонній упаковці; по 100 г в ламінованій тубі, по 100 туб у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342372-25/B-118 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІМІД АРТРОГЕЛЬ, гель для зовнішнього застосування, 10 мг/г; по 30 г або 100 г в алюмінієвій або ламінованій тубі; по 1 тубі у картонній упаковці; in bulk: по 30 г в ламінованій тубі; по 200 туб у картонній упаковці; по 100 г в ламінованій тубі, по 100 туб у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342372-25/B-118 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІМІД АРТРОГЕЛЬ, гель для зовнішнього застосування, 10 мг/г; по 30 г або 100 г в алюмінієвій або ламінованій тубі; по 1 тубі у картонній упаковці; in bulk: по 30 г в ламінованій тубі; по 200 туб у картонній упаковці; по 100 г в ламінованій тубі, по 100 туб у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342372-25/B-118 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІМІД АРТРОГЕЛЬ, гель для зовнішнього застосування, 10 мг/г; по 30 г або 100 г в алюмінієвій або ламінованій тубі; по 1 тубі у картонній упаковці; in bulk: по 30 г в ламінованій тубі; по 200 туб у картонній упаковці; по 100 г в ламінованій тубі, по 100 туб у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342372-25/B-118 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІМІД АРТРОГЕЛЬ, гель для зовнішнього застосування, 10 мг/г; по 30 г або 100 г в алюмінієвій або ламінованій тубі; по 1 тубі у картонній упаковці; in bulk: по 30 г в ламінованій тубі; по 200 туб у картонній упаковці; по 100 г в ламінованій тубі, по 100 туб у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342372-25/B-118 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІМІД АРТРОГЕЛЬ, гель для зовнішнього застосування, 10 мг/г; по 30 г або 100 г в алюмінієвій або ламінованій тубі; по 1 тубі у картонній упаковці; in bulk: по 30 г в ламінованій тубі; по 200 туб у картонній упаковці; по 100 г в ламінованій тубі, по 100 туб у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340643-25/3-149 від 07.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЬЮРЕКСАН®, таблетки; по 25 або по 50 таблеток у контейнері поліпропіленовому; по 1 контейнеру в коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340643-25/3-149 від 07.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЬЮРЕКСАН®, таблетки; по 25 або по 50 таблеток у контейнері поліпропіленовому; по 1 контейнеру в коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340643-25/3-149 від 07.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЬЮРЕКСАН®, таблетки; по 25 або по 50 таблеток у контейнері поліпропіленовому; по 1 контейнеру в коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**339224-25/З-148 від 11.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСАПІН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**339224-25/3-148 від 11.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСАПІН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**339224-25/3-148 від 11.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСАПІН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346582-25/3-152 від 20.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОНОРІО, таблетки по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2, або по 3, або по 6, або по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346582-25/3-152 від 20.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОНОРІО, таблетки по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2, або по 3, або по 6, або по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346582-25/3-152 від 20.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОНОРІО, таблетки по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2, або по 3, або по 6, або по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**333686-25/З-118 від 10.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАЛБОЦИКЛІБ-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг, 100 мг, 125 мг; по 7 таблеток в блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**333686-25/З-118 від 10.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАЛБОЦИКЛІБ-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг, 100 мг, 125 мг; по 7 таблеток в блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**333686-25/3-118 від 10.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАЛБОЦИКЛІБ-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг, 100 мг, 125 мг; по 7 таблеток в блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**333686-25/З-118 від 10.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАЛБОЦИКЛІБ-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг, 100 мг, 125 мг; по 7 таблеток в блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**333686-25/З-118 від 10.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАЛБОЦИКЛІБ-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг, 100 мг, 125 мг; по 7 таблеток в блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**333686-25/3-118 від 10.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАЛБОЦИКЛІБ-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг, 100 мг, 125 мг; по 7 таблеток в блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**333686-25/З-118 від 10.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАЛБОЦИКЛІБ-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг, 100 мг, 125 мг; по 7 таблеток в блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**333686-25/З-118 від 10.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАЛБОЦИКЛІБ-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг, 100 мг, 125 мг; по 7 таблеток в блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**333686-25/3-118 від 10.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАЛБОЦИКЛІБ-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг, 100 мг, 125 мг; по 7 таблеток в блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346091-25/3-147 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНГАСТРО®, таблетки гастрорезистентні по 20 мг або по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346091-25/3-147 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНГАСТРО®, таблетки гастрорезистентні по 20 мг або по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346091-25/3-147 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНГАСТРО®, таблетки гастрорезистентні по 20 мг або по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346091-25/3-147 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНГАСТРО®, таблетки гастрорезистентні по 20 мг або по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346091-25/3-147 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНГАСТРО®, таблетки гастрорезистентні по 20 мг або по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346091-25/3-147 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНГАСТРО®, таблетки гастрорезистентні по 20 мг або по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**337521-25/В-147 від 09.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАРАЦИТРОН , порошок для орального розчину; по 13,60 г в саше; по 10 саше в пачці;**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**337521-25/В-147 від 09.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАРАЦИТРОН , порошок для орального розчину; по 13,60 г в саше; по 10 саше в пачці;**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**337521-25/B-147 від 09.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАРАЦИТРОН , порошок для орального розчину; по 13,60 г в саше; по 10 саше в пачці;**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**335015-25/3-139 від 28.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕМЕТРО, ліофілізат для розчину для інфузій по 100 мг або по 500 мг, 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**335015-25/3-139 від 28.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕМЕТРО, ліофілізат для розчину для інфузій по 100 мг або по 500 мг, 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**335015-25/3-139 від 28.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕМЕТРО, ліофілізат для розчину для інфузій по 100 мг або по 500 мг, 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**335015-25/3-139 від 28.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕМЕТРО, ліофілізат для розчину для інфузій по 100 мг або по 500 мг, 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**335015-25/3-139 від 28.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕМЕТРО, ліофілізат для розчину для інфузій по 100 мг або по 500 мг, 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**335015-25/3-139 від 28.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕМЕТРО, ліофілізат для розчину для інфузій по 100 мг або по 500 мг, 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**343514-25/B-28 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕРВАГОР, розчин для ін`єкцій, 50 мг/мл по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**343514-25/B-28 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕРВАГОР, розчин для ін`єкцій, 50 мг/мл по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**343514-25/В-28 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕРВАГОР, розчин для ін`єкцій, 50 мг/мл по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345550-25/B-28 від 01.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕРТУСИН, сироп по 50 г або по 100 г у флаконі скляному; по 1 флакону в пачці з картону; по 100 г або по 200 г у флаконі полімерному; по 1 флакону в пачці з картону; по 50 г або по 100 г у флаконах скляних.**
Заявник	**ТОВ "Тернофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345550-25/B-28 від 01.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕРТУСИН, сироп по 50 г або по 100 г у флаконі скляному; по 1 флакону в пачці з картону; по 100 г або по 200 г у флаконі полімерному; по 1 флакону в пачці з картону; по 50 г або по 100 г у флаконах скляних.**
Заявник	**ТОВ "Тернофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345550-25/B-28 від 01.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕРТУСИН, сироп по 50 г або по 100 г у флаконі скляному; по 1 флакону в пачці з картону; по 100 г або по 200 г у флаконі полімерному; по 1 флакону в пачці з картону; по 50 г або по 100 г у флаконах скляних.**
Заявник	**ТОВ "Тернофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344831-25/З-128 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІАСКЛЕДИН® 300, капсули; по 15 капсул у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці з картону**
Заявник	**ЛАБОРАТУАР ЕКСПАНСЬЄНС, Франція**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344831-25/3-128 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІАСКЛЕДИН® 300, капсули; по 15 капсул у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці з картону**
Заявник	**ЛАБОРАТУАР ЕКСПАНСЬЄНС, Франція**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344831-25/3-128 від 16.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІАСКЛЕДИН® 300, капсули; по 15 капсул у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці з картону**
Заявник	**ЛАБОРАТУАР ЕКСПАНСЬЄНС, Франція**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344180-25/B-146, 344181-25/B-146, 344182-25/B-146 від 05.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАЙМАРГІН, розчин для інфузій, 42 мг/мл по 100 мл у пляшці; по 1 пляшці у пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "СІСТЕМ ФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344180-25/B-146, 344181-25/B-146, 344182-25/B-146 від 05.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАЙМАРГІН, розчин для інфузій, 42 мг/мл по 100 мл у пляшці; по 1 пляшці у пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "СІСТЕМ ФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344180-25/B-146, 344181-25/B-146, 344182-25/B-146 від 05.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАЙМАРГІН, розчин для інфузій, 42 мг/мл по 100 мл у пляшці; по 1 пляшці у пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "СІСТЕМ ФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**330763-25/B-06, 342886-25/B-06 від 27.01.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАМІПЕКСОЛ ІС, Таблетки по 0,25 мг та 1 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**330763-25/B-06, 342886-25/B-06 від 27.01.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАМІПЕКСОЛ ІС, Таблетки по 0,25 мг та 1 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**330763-25/B-06, 342886-25/B-06 від 27.01.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАМІПЕКСОЛ ІС, Таблетки по 0,25 мг та 1 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**330763-25/B-06, 342886-25/B-06 від 27.01.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАМІПЕКСОЛ ІС, Таблетки по 0,25 мг та 1 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**330763-25/B-06, 342886-25/B-06 від 27.01.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАМІПЕКСОЛ ІС, Таблетки по 0,25 мг та 1 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**330763-25/B-06, 342886-25/B-06 від 27.01.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАМІПЕКСОЛ ІС, Таблетки по 0,25 мг та 1 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**343578-25/3-82 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; по 1 мг; по 5 мг; по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів в алюмінієвому пакеті; по 1 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**343578-25/3-82 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; по 1 мг; по 5 мг; по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів в алюмінієвому пакеті; по 1 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**343578-25/3-82 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; по 1 мг; по 5 мг; по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів в алюмінієвому пакеті; по 1 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**343578-25/3-82 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; по 1 мг; по 5 мг; по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів в алюмінієвому пакеті; по 1 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**343578-25/3-82 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; по 1 мг; по 5 мг; по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів в алюмінієвому пакеті; по 1 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**343578-25/3-82 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; по 1 мг; по 5 мг; по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів в алюмінієвому пакеті; по 1 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**343578-25/3-82 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; по 1 мг; по 5 мг; по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів в алюмінієвому пакеті; по 1 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**343578-25/3-82 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; по 1 мг; по 5 мг; по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів в алюмінієвому пакеті; по 1 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**343578-25/3-82 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОГРАФ®, капсули тверді по 0,5 мг; по 1 мг; по 5 мг; по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів в алюмінієвому пакеті; по 1 пакету в картонній коробці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346755-25/3-128 від 23.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІ САНДОЗ®, таблетки по 2,5 мг; таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346755-25/3-128 від 23.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІ САНДОЗ®, таблетки по 2,5 мг; таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346755-25/3-128 від 23.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІ САНДОЗ®, таблетки по 2,5 мг; таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346755-25/3-128 від 23.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІ САНДОЗ®, таблетки по 2,5 мг; таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346755-25/3-128 від 23.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІ САНДОЗ®, таблетки по 2,5 мг; таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346755-25/3-128 від 23.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІ САНДОЗ®, таблетки по 2,5 мг; таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346755-25/3-128 від 23.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІ САНДОЗ®, таблетки по 2,5 мг; таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346755-25/3-128 від 23.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІ САНДОЗ®, таблетки по 2,5 мг; таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346755-25/3-128 від 23.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІ САНДОЗ®, таблетки по 2,5 мг; таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346741-25/3-126 від 22.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІ САНДОЗ® КОМПОЗИТУМ, таблетки по 5 мг/25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346741-25/3-126 від 22.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІ САНДОЗ® КОМПОЗИТУМ, таблетки по 5 мг/25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346741-25/3-126 від 22.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІ САНДОЗ® КОМПОЗИТУМ, таблетки по 5 мг/25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342594-25/3-130 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕКОВЕЛЬ, розчин для ін'єкцій по 12 мкг/0,36 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 3 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 36 мкг/1,08 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 9 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 72 мкг/2,16 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 15 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці**
Заявник	**Феррінг Фармацевтикалз А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2026**	(П.І.Б. заявник)

	(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	**342594-25/3-130 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕКОВЕЛЬ, розчин для ін'єкцій по 12 мкг/0,36 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 3 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 36 мкг/1,08 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 9 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 72 мкг/2,16 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 15 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці**
Заявник	**Феррінг Фармацевтикалз А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342594-25/3-130 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕКОВЕЛЬ, розчин для ін'єкцій по 12 мкг/0,36 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 3 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 36 мкг/1,08 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 9 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 72 мкг/2,16 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 15 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці**
Заявник	**Феррінг Фармацевтикалз А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342594-25/3-130 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕКОВЕЛЬ, розчин для ін'єкцій по 12 мкг/0,36 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 3 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 36 мкг/1,08 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 9 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 72 мкг/2,16 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 15 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці**
Заявник	**Феррінг Фармацевтикалз А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2026**	(П.І.Б. заявник)

	(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	**342594-25/3-130 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕКОВЕЛЬ, розчин для ін'єкцій по 12 мкг/0,36 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 3 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 36 мкг/1,08 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 9 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 72 мкг/2,16 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 15 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці**
Заявник	**Феррінг Фармацевтикалз А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342594-25/3-130 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕКОВЕЛЬ, розчин для ін'єкцій по 12 мкг/0,36 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 3 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 36 мкг/1,08 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 9 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 72 мкг/2,16 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 15 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці**
Заявник	**Феррінг Фармацевтикалз А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342594-25/3-130 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕКОВЕЛЬ, розчин для ін'єкцій по 12 мкг/0,36 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 3 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 36 мкг/1,08 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 9 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 72 мкг/2,16 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 15 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці**
Заявник	**Феррінг Фармацевтикалз А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2026**	(П.І.Б. заявник)

	(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	**342594-25/3-130 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕКОВЕЛЬ, розчин для ін'єкцій по 12 мкг/0,36 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 3 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 36 мкг/1,08 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 9 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 72 мкг/2,16 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 15 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці**
Заявник	**Феррінг Фармацевтикалз А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342594-25/3-130 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕКОВЕЛЬ, розчин для ін'єкцій по 12 мкг/0,36 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 3 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 36 мкг/1,08 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 9 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 72 мкг/2,16 мл; скляний багатодозовий картридж об’ємом 3 мл (скло типу I) з поршнем із бромбутилового каучуку та обжимною алюмінієвою кришкою з вкладкою з каучуку, поміщений у шприц-ручку, по 1 шприц-ручці у комплекті з 15 стерильними голками для ін’єкцій (з нержавіючої сталі) у картонній коробці**
Заявник	**Феррінг Фармацевтикалз А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**334122-25/3-149, 334123-25/3-149, 334124-25/3-149, 334125-25/3-149, 334126-25/3-149 від 17.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕЛІФ® ПРО, крем ректальний; по 15 г або по 30 г у тубі, по 1 тубі з аплікатором у картонній пачці**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**334122-25/З-149, 334123-25/З-149, 334124-25/З-149, 334125-25/З-149, 334126-25/З-149 від 17.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕЛІФ® ПРО, крем ректальний; по 15 г або по 30 г у тубі, по 1 тубі з аплікатором у картонній пачці**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**334122-25/З-149, 334123-25/З-149, 334124-25/З-149, 334125-25/З-149, 334126-25/З-149 від 17.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕЛІФ® ПРО, крем ректальний; по 15 г або по 30 г у тубі, по 1 тубі з аплікатором у картонній пачці**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**343098-25/З-28 від 18.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕМІФЕМІН®, таблетки по 20 таблеток у блістері; по 3 або по 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Шапер & Брюммер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**343098-25/3-28 від 18.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕМІФЕМІН®, таблетки по 20 таблеток у блістері; по 3 або по 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Шапер & Брюммер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**343098-25/3-28 від 18.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕМІФЕМІН®, таблетки по 20 таблеток у блістері; по 3 або по 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Шапер & Брюммер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**330800-25/B-100 від 27.01.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕНАЛГАН®, розчин для ін'єкцій; по 5 мл в ампулі; по 5 або 10, або 100 ампул у пачці з картону; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону; по 2 мл в ампулі; по 5 або 10, або 100 ампул у пачці з картону; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**330800-25/B-100 від 27.01.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕНАЛГАН®, розчин для ін'єкцій; по 5 мл в ампулі; по 5 або 10, або 100 ампул у пачці з картону; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону; по 2 мл в ампулі; по 5 або 10, або 100 ампул у пачці з картону; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**330800-25/B-100 від 27.01.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕНАЛГАН®, розчин для ін'єкцій; по 5 мл в ампулі; по 5 або 10, або 100 ампул у пачці з картону; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону; по 2 мл в ампулі; по 5 або 10, або 100 ампул у пачці з картону; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342381-25/3-126 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО; 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342381-25/3-126 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО; 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342381-25/3-126 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО; 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342381-25/3-126 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО; 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342381-25/3-126 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО; 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342381-25/3-126 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО; 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342381-25/3-126 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО; 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342381-25/3-126 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО; 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342381-25/3-126 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО; 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342381-25/3-126 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО; 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342381-25/3-126 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО; 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342381-25/3-126 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО; 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342381-25/3-126 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО; 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342381-25/3-126 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО; 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342381-25/3-126 від 04.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО; 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344285-25/3-06, 344290-25/3-06 від 08.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИНИТ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 150 мг; по 10 таблеток у стрипі; по 1 або 10 стрипів в картонній упаковці; in bulk: №2500 (10х250) таблеток: по 10 таблеток у стрипі, по 250 стрипів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344285-25/3-06, 344290-25/3-06 від 08.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИНИТ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 150 мг; по 10 таблеток у стрипі; по 1 або 10 стрипів в картонній упаковці; in bulk: №2500 (10х250) таблеток: по 10 таблеток у стрипі, по 250 стрипів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344285-25/3-06, 344290-25/3-06 від 08.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИНИТ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 150 мг; по 10 таблеток у стрипі; по 1 або 10 стрипів в картонній упаковці; in bulk: №2500 (10х250) таблеток: по 10 таблеток у стрипі, по 250 стрипів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344285-25/3-06, 344290-25/3-06 від 08.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИНИТ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 150 мг; по 10 таблеток у стрипі; по 1 або 10 стрипів в картонній упаковці; in bulk: №2500 (10х250) таблеток: по 10 таблеток у стрипі, по 250 стрипів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344285-25/3-06, 344290-25/3-06 від 08.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИНИТ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 150 мг; по 10 таблеток у стрипі; по 1 або 10 стрипів в картонній упаковці; in bulk: №2500 (10х250) таблеток: по 10 таблеток у стрипі, по 250 стрипів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344285-25/3-06, 344290-25/3-06 від 08.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИНИТ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 150 мг; по 10 таблеток у стрипі; по 1 або 10 стрипів в картонній упаковці; in bulk: №2500 (10х250) таблеток: по 10 таблеток у стрипі, по 250 стрипів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342984-25/3-145, 342985-25/3-145, 342986-25/3-145, 342987-25/3-145 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІЛЕПТИД®, таблетки, вкриті оболонкою, по 1 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 2 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 3 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або 2, або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342984-25/З-145, 342985-25/З-145, 342986-25/З-145, 342987-25/З-145 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІЛЕПТИД®, таблетки, вкриті оболонкою, по 1 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 2 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 3 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або 2, або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342984-25/3-145, 342985-25/3-145, 342986-25/3-145, 342987-25/3-145 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІЛЕПТИД®, таблетки, вкриті оболонкою, по 1 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 2 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 3 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або 2, або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342984-25/3-145, 342985-25/3-145, 342986-25/3-145, 342987-25/3-145 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІЛЕПТИД®, таблетки, вкриті оболонкою, по 1 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 2 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 3 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або 2, або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342984-25/З-145, 342985-25/З-145, 342986-25/З-145, 342987-25/З-145 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІЛЕПТИД®, таблетки, вкриті оболонкою, по 1 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 2 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 3 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або 2, або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342984-25/3-145, 342985-25/3-145, 342986-25/3-145, 342987-25/3-145 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІЛЕПТИД®, таблетки, вкриті оболонкою, по 1 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 2 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 3 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або 2, або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342984-25/3-145, 342985-25/3-145, 342986-25/3-145, 342987-25/3-145 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІЛЕПТИД®, таблетки, вкриті оболонкою, по 1 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 2 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 3 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або 2, або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342984-25/З-145, 342985-25/З-145, 342986-25/З-145, 342987-25/З-145 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІЛЕПТИД®, таблетки, вкриті оболонкою, по 1 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 2 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 3 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або 2, або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342984-25/3-145, 342985-25/3-145, 342986-25/3-145, 342987-25/3-145 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІЛЕПТИД®, таблетки, вкриті оболонкою, по 1 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 2 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 3 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або 2, або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342984-25/3-145, 342985-25/3-145, 342986-25/3-145, 342987-25/3-145 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІЛЕПТИД®, таблетки, вкриті оболонкою, по 1 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 2 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 3 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або 2, або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342984-25/З-145, 342985-25/З-145, 342986-25/З-145, 342987-25/З-145 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІЛЕПТИД®, таблетки, вкриті оболонкою, по 1 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 2 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 3 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або 2, або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342984-25/3-145, 342985-25/3-145, 342986-25/3-145, 342987-25/3-145 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІЛЕПТИД®, таблетки, вкриті оболонкою, по 1 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 2 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 3 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або 2, або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344254-25/B-148 від 05.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САМІТОЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці;** **in bulk: № 3024 (4x756) таблетки: по 4 таблетки у блістері; по 756 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344254-25/B-148 від 05.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САМІТОЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: № 3024 (4х756) таблетки: по 4 таблетки у блістері; по 756 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344254-25/B-148 від 05.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САМІТОЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: № 3024 (4х756) таблетки: по 4 таблетки у блістері; по 756 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344254-25/B-148 від 05.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САМІТОЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці;** **in bulk: № 3024 (4x756) таблетки: по 4 таблетки у блістері; по 756 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344254-25/B-148 від 05.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САМІТОЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: № 3024 (4х756) таблетки: по 4 таблетки у блістері; по 756 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344254-25/B-148 від 05.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САМІТОЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; in bulk: № 3024 (4х756) таблетки: по 4 таблетки у блістері; по 756 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**339864-25/3-148 від 24.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕЛЕНАЗА®, розчин для ін'єкцій, 50 мкг/мл, по 10 мл або по 20 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**біосин Арцнайміттель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**339864-25/3-148 від 24.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕЛЕНАЗА®, розчин для ін'єкцій, 50 мкг/мл, по 10 мл або по 20 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**біосин Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**339864-25/3-148 від 24.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕЛЕНАЗА®, розчин для ін'єкцій, 50 мкг/мл, по 10 мл або по 20 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**біосин Арцнайміттель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**335396-25/3-126 від 03.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІБРАВА, розчин для ін'єкцій, 284 мг/1,5 мл** **по 1,5 мл розчину у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу в блістері; по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Оверсіз Інвестментс АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**335396-25/3-126 від 03.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІБРАВА, розчин для ін'єкцій, 284 мг/1,5 мл по 1,5 мл розчину у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу в блістері; по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Оверсіз Інвестментс АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**335396-25/3-126 від 03.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІБРАВА, розчин для ін'єкцій, 284 мг/1,5 мл по 1,5 мл розчину у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу в блістері; по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Оверсіз Інвестментс АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345533-25/3-117 від 01.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІМУЛЕКТ®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій/інфузій, по 20 мг; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з розчинником (5 мл води для ін'єкцій) в ампулі, в картонній коробці; 1 флакон з ліофілізатом в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345533-25/3-117 від 01.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІМУЛЕКТ®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій/інфузій, по 20 мг; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з розчинником (5 мл води для ін'єкцій) в ампулі, в картонній коробці; 1 флакон з ліофілізатом в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345533-25/3-117 від 01.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІМУЛЕКТ®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій/інфузій, по 20 мг; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з розчинником (5 мл води для ін'єкцій) в ампулі, в картонній коробці; 1 флакон з ліофілізатом в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**348389-25/3-96 від 20.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНМЕТОН, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3, або по 10 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**348389-25/3-96 від 20.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНМЕТОН, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3, або по 10 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**348389-25/3-96 від 20.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНМЕТОН, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3, або по 10 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**335428-25/3-06 від 04.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СКАЙЗЕД, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; по 1 флакону у картонній упаковці**
Заявник	**Сенс Лабораторіс Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**335428-25/3-06 від 04.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СКАЙЗЕД, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; по 1 флакону у картонній упаковці**
Заявник	**Сенс Лабораторіс Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**335428-25/3-06 від 04.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СКАЙЗЕД, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; по 1 флакону у картонній упаковці**
Заявник	**Сенс Лабораторіс Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
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	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346282-25/3-126 від 14.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОРЦЕФ®, гранули для оральної суспензії, 100 мг/5 мл; для 60 мл суспензії: по 32 г грануляту у флаконі з пластиковою градуйованою піпеткою та мірним стаканчиком в картонній коробці; для 100 мл суспензії: по 53 г грануляту у флаконі з пластиковою градуйованою піпеткою та мірним стаканчиком в картонній коробці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346282-25/3-126 від 14.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОРЦЕФ®, гранули для оральної суспензії, 100 мг/5 мл; для 60 мл суспензії: по 32 г грануляту у флаконі з пластиковою градуйованою піпеткою та мірним стаканчиком в картонній коробці; для 100 мл суспензії: по 53 г грануляту у флаконі з пластиковою градуйованою піпеткою та мірним стаканчиком в картонній коробці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346282-25/3-126 від 14.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОРЦЕФ®, гранули для оральної суспензії, 100 мг/5 мл; для 60 мл суспензії: по 32 г грануляту у флаконі з пластиковою градуйованою піпеткою та мірним стаканчиком в картонній коробці; для 100 мл суспензії: по 53 г грануляту у флаконі з пластиковою градуйованою піпеткою та мірним стаканчиком в картонній коробці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345620-25/B-97 від 02.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПИРТ ЕТИЛОВИЙ 70%, розчин 70 %, по 100 мл у флаконах скляних або полімерних; по 10 л у каністрах полімерних**
Заявник	**ТОВ " ЗНАК ЯКОСТІ ЛЮКС ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345620-25/В-97 від 02.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПИРТ ЕТИЛОВИЙ 70%, розчин 70 %, по 100 мл у флаконах скляних або полімерних; по 10 л у каністрах полімерних**
Заявник	**ТОВ " ЗНАК ЯКОСТІ ЛЮКС ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345620-25/B-97 від 02.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПИРТ ЕТИЛОВИЙ 70%, розчин 70 %, по 100 мл у флаконах скляних або полімерних; по 10 л у каністрах полімерних**
Заявник	**ТОВ " ЗНАК ЯКОСТІ ЛЮКС ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345622-25/B-97 від 02.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПИРТ ЕТИЛОВИЙ 96%, розчин 96 %, по 100 мл у флаконах скляних або полімерних; по 1 л, 5 л, 10 л, 20 л у каністрах полімерних**
Заявник	**ТОВ " ЗНАК ЯКОСТІ ЛЮКС ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345622-25/В-97 від 02.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПИРТ ЕТИЛОВИЙ 96%, розчин 96 %, по 100 мл у флаконах скляних або полімерних; по 1 л, 5 л, 10 л, 20 л у каністрах полімерних**
Заявник	**ТОВ " ЗНАК ЯКОСТІ ЛЮКС ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345622-25/B-97 від 02.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПИРТ ЕТИЛОВИЙ 96%, розчин 96 %, по 100 мл у флаконах скляних або полімерних; по 1 л, 5 л, 10 л, 20 л у каністрах полімерних**
Заявник	**ТОВ " ЗНАК ЯКОСТІ ЛЮКС ", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344453-25/З-149, 346510-25/З-149 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУМАМЕД®, таблетки, що диспергуються, по 125 мг; по 250 мг; по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці; таблетки, що диспергуються, по 500 мг; по 3 таблетки у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці; таблетки, що диспергуються, по 1000 мг; по 1 таблетці у блістері; по 1 або по 3 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344453-25/3-149, 346510-25/3-149 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУМАМЕД®, таблетки, що диспергуються, по 125 мг; по 250 мг; по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці; таблетки, що диспергуються, по 500 мг; по 3 таблетки у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці; таблетки, що диспергуються, по 1000 мг; по 1 таблетці у блістері; по 1 або по 3 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344453-25/3-149, 346510-25/3-149 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУМАМЕД®, таблетки, що диспергуються, по 125 мг; по 250 мг; по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці; таблетки, що диспергуються, по 500 мг; по 3 таблетки у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці; таблетки, що диспергуються, по 1000 мг; по 1 таблетці у блістері; по 1 або по 3 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345758-25/B-123 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАНТІВЕРТ, розчин для ротової порожнини, 1,5 мг/мл; по 120 мл у флаконі зі скла або пластику; по 1 флакону в комплекті з мірним стаканчиком у картонній коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345758-25/B-123 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАНТІВЕРТ, розчин для ротової порожнини, 1,5 мг/мл; по 120 мл у флаконі зі скла або пластику; по 1 флакону в комплекті з мірним стаканчиком у картонній коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345758-25/B-123 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАНТІВЕРТ, розчин для ротової порожнини, 1,5 мг/мл; по 120 мл у флаконі зі скла або пластику; по 1 флакону в комплекті з мірним стаканчиком у картонній коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345763-25/B-123 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАНТІВЕРТ, спрей для ротової порожнини, 1,5 мг/мл; по 30 мл у флаконі зі скла або з пластику; по 1 флакону зі спрей-дозатором у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345763-25/B-123 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАНТІВЕРТ, спрей для ротової порожнини, 1,5 мг/мл; по 30 мл у флаконі зі скла або з пластику; по 1 флакону зі спрей-дозатором у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345763-25/B-123 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАНТІВЕРТ, спрей для ротової порожнини, 1,5 мг/мл; по 30 мл у флаконі зі скла або з пластику; по 1 флакону зі спрей-дозатором у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345755-25/B-123 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАНТІВЕРТ, таблетки зі смаком апельсину по 3 мг; таблетки зі смаком м`яти по 3 мг; таблетки зі смаком евкаліпту по 3 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345755-25/B-123 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАНТІВЕРТ, таблетки зі смаком апельсину по 3 мг; таблетки зі смаком м`яти по 3 мг; таблетки зі смаком евкаліпту по 3 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345755-25/B-123 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАНТІВЕРТ, таблетки зі смаком апельсину по 3 мг; таблетки зі смаком м`яти по 3 мг; таблетки зі смаком евкаліпту по 3 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345755-25/B-123 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАНТІВЕРТ, таблетки зі смаком апельсину по 3 мг; таблетки зі смаком м`яти по 3 мг; таблетки зі смаком евкаліпту по 3 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345755-25/B-123 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАНТІВЕРТ, таблетки зі смаком апельсину по 3 мг; таблетки зі смаком м`яти по 3 мг; таблетки зі смаком евкаліпту по 3 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345755-25/B-123 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАНТІВЕРТ, таблетки зі смаком апельсину по 3 мг; таблетки зі смаком м`яти по 3 мг; таблетки зі смаком евкаліпту по 3 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345755-25/B-123 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАНТІВЕРТ, таблетки зі смаком апельсину по 3 мг; таблетки зі смаком м`яти по 3 мг; таблетки зі смаком евкаліпту по 3 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345755-25/B-123 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАНТІВЕРТ, таблетки зі смаком апельсину по 3 мг; таблетки зі смаком м`яти по 3 мг; таблетки зі смаком евкаліпту по 3 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345755-25/B-123 від 06.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАНТІВЕРТ, таблетки зі смаком апельсину по 3 мг; таблетки зі смаком м`яти по 3 мг; таблетки зі смаком евкаліпту по 3 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**330116-25/B-121 від 17.01.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕТ 36.6® РАПІД З АРОМАТОМ ЛИМОНУ, порошок для орального розчину, по 23 г у саше-пакеті; по 5 або 10 саше-пакетів у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**330116-25/В-121 від 17.01.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕТ 36.6® РАПІД З АРОМАТОМ ЛИМОНУ, порошок для орального розчину, по 23 г у саше-пакеті; по 5 або 10 саше-пакетів у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**330116-25/B-121 від 17.01.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕТ 36.6® РАПІД З АРОМАТОМ ЛИМОНУ, порошок для орального розчину, по 23 г у саше-пакеті; по 5 або 10 саше-пакетів у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**338598-25/3-128 від 02.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОБРАДЕКС®, краплі очні; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**338598-25/3-128 від 02.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОБРАДЕКС®, краплі очні; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**338598-25/3-128 від 02.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОБРАДЕКС®, краплі очні; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346717-25/3-100 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРАСЕМІД САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; таблетки по 20 мг; таблетки по 50 мг; таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346717-25/3-100 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРАСЕМІД САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; таблетки по 20 мг; таблетки по 50 мг; таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346717-25/3-100 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРАСЕМІД САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; таблетки по 20 мг; таблетки по 50 мг; таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346717-25/3-100 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРАСЕМІД САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; таблетки по 20 мг; таблетки по 50 мг; таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346717-25/3-100 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРАСЕМІД САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; таблетки по 20 мг; таблетки по 50 мг; таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346717-25/3-100 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРАСЕМІД САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; таблетки по 20 мг; таблетки по 50 мг; таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346717-25/3-100 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРАСЕМІД САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; таблетки по 20 мг; таблетки по 50 мг; таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346717-25/3-100 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРАСЕМІД САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; таблетки по 20 мг; таблетки по 50 мг; таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346717-25/3-100 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРАСЕМІД САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; таблетки по 20 мг; таблетки по 50 мг; таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346717-25/3-100 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРАСЕМІД САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; таблетки по 20 мг; таблетки по 50 мг; таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346717-25/3-100 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРАСЕМІД САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; таблетки по 20 мг; таблетки по 50 мг; таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346717-25/3-100 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРАСЕМІД САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; таблетки по 20 мг; таблетки по 50 мг; таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346717-25/3-100 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРАСЕМІД САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; таблетки по 20 мг; таблетки по 50 мг; таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346717-25/3-100 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРАСЕМІД САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; таблетки по 20 мг; таблетки по 50 мг; таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346717-25/3-100 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРАСЕМІД САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; таблетки по 20 мг; таблетки по 50 мг; таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346717-25/3-100 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРАСЕМІД САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; таблетки по 20 мг; таблетки по 50 мг; таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346717-25/3-100 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРАСЕМІД САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; таблетки по 20 мг; таблетки по 50 мг; таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346717-25/3-100 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРАСЕМІД САНДОЗ®, таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; таблетки по 20 мг; таблетки по 50 мг; таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**336847-25/З-82, 336848-25/З-82, 336849-25/З-82, 336850-25/З-82, 336851-25/З-82, 339744-25/З-146 від 29.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАЙКОР® 145 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 145 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Абботт Лабораторіз ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**336847-25/3-82, 336848-25/3-82, 336849-25/3-82, 336850-25/3-82, 336851-25/3-82, 339744-25/3-146 від 29.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАЙКОР® 145 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 145 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Абботт Лабораторіз ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**336847-25/3-82, 336848-25/3-82, 336849-25/3-82, 336850-25/3-82, 336851-25/3-82, 339744-25/3-146 від 29.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАЙКОР® 145 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 145 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Абботт Лабораторіз ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342280-25/B-117 від 01.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМ, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342280-25/B-117 від 01.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМ, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342280-25/B-117 від 01.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМ, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340701-25/3-60 від 07.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАУМЕЛЬ С, мазь по 50 г або по 100 г у тубі; по 1 тубі в коробці з картону;**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340701-25/3-60 від 07.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАУМЕЛЬ С, мазь по 50 г або по 100 г у тубі; по 1 тубі в коробці з картону;**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340701-25/3-60 від 07.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАУМЕЛЬ С, мазь по 50 г або по 100 г у тубі; по 1 тубі в коробці з картону;**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345515-25/3-138 від 01.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИКСІЛОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 400 мг; по 5 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345515-25/3-138 від 01.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИКСІЛОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 400 мг; по 5 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345515-25/3-138 від 01.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИКСІЛОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 400 мг; по 5 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342794-25/3-82 від 13.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРО-ВАКСОМ, капсули по 6 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОМ Фарма СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342794-25/3-82 від 13.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРО-ВАКСОМ, капсули по 6 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОМ Фарма СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342794-25/3-82 від 13.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРО-ВАКСОМ, капсули по 6 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОМ Фарма СА, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346051-25/3-96 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕРМЕД®, Розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл по 5 мл розчину в ампулі, по 5 ампул у картонній коробці**
Заявник	**МЕДІЦЕ Арцнаймітель Пюттер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346051-25/3-96 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕРМЕД®, Розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл по 5 мл розчину в ампулі, по 5 ампул у картонній коробці**
Заявник	**МЕДІЦЕ Арцнаймітель Пюттер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346051-25/3-96 від 10.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕРМЕД®, Розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл по 5 мл розчину в ампулі, по 5 ампул у картонній коробці**
Заявник	**МЕДІЦЕ Арцнаймітель Пюттер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346808-25/3-124 від 23.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕРРУМ ЛЕК, таблетки жувальні по 100 мг; по 10 таблеток у стрипі або у блістері; по 3 стрипи або блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346808-25/3-124 від 23.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕРРУМ ЛЕК, таблетки жувальні по 100 мг; по 10 таблеток у стрипі або у блістері; по 3 стрипи або блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346808-25/3-124 від 23.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕРРУМ ЛЕК, таблетки жувальні по 100 мг; по 10 таблеток у стрипі або у блістері; по 3 стрипи або блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**346605-25/3-152 від 20.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕРРУМ ЛЕК, розчин для ін'єкцій, 100 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці. Маркування українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**346605-25/3-152 від 20.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕРРУМ ЛЕК, розчин для ін'єкцій, 100 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці. Маркування українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**346605-25/3-152 від 20.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕРРУМ ЛЕК, розчин для ін'єкцій, 100 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці. Маркування українською мовою**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**343938-25/3-148 від 01.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОКСЕРО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг або по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**343938-25/3-148 від 01.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОКСЕРО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг або по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**343938-25/3-148 від 01.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОКСЕРО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг або по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**343938-25/3-148 від 01.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОКСЕРО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг або по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**343938-25/3-148 від 01.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОКСЕРО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг або по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**343938-25/3-148 від 01.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОКСЕРО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг або по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340454-25/3-144, 340455-25/3-144 від 02.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРСАДО, капсули тверді по 0,5 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340454-25/3-144, 340455-25/3-144 від 02.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРСАДО, капсули тверді по 0,5 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340454-25/3-144, 340455-25/3-144 від 02.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРСАДО, капсули тверді по 0,5 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345623-25/3-61 від 02.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОСФОСЕПТИК, гранули для орального розчину, 3,0 г по 8,0 г гранул для орального розчину у саше; по 1 або 2 саше в картонній коробці**
Заявник	**Адіфарм ЕАД, Болгарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345623-25/3-61 від 02.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОСФОСЕПТИК, гранули для орального розчину, 3,0 г по 8,0 г гранул для орального розчину у саше; по 1 або 2 саше в картонній коробці**
Заявник	**Адіфарм ЕАД, Болгарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345623-25/3-61 від 02.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОСФОСЕПТИК, гранули для орального розчину, 3,0 г по 8,0 г гранул для орального розчину у саше; по 1 або 2 саше в картонній коробці**
Заявник	**Адіфарм ЕАД, Болгарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344460-25/З-28 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУЗІДЕРМ®, гель 2 % по 15 г в алюмінієвій тубі; по 1 тубі у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344460-25/3-28 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУЗІДЕРМ®, гель 2 % по 15 г в алюмінієвій тубі; по 1 тубі у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344460-25/3-28 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУЗІДЕРМ®, гель 2 % по 15 г в алюмінієвій тубі; по 1 тубі у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**339997-25/3-116, 339999-25/3-116, 341821-25/3-116 від 25.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУЛВЕДЖЕКТ, розчин для ін`єкцій, 250 мг/5 мл; по 5 мл у шприці та блістері, по 2 блістера із шприцом та 2 голки в картонній пачці**
Заявник	**ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**339997-25/3-116, 339999-25/3-116, 341821-25/3-116 від 25.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУЛВЕДЖЕКТ, розчин для ін`єкцій, 250 мг/5 мл; по 5 мл у шприці та блістері, по 2 блістера із шприцом та 2 голки в картонній пачці**
Заявник	**ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**339997-25/З-116, 339999-25/З-116, 341821-25/З-116 від 25.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУЛВЕДЖЕКТ, розчин для ін`єкцій, 250 мг/5 мл; по 5 мл у шприці та блістері, по 2 блістера із шприцом та 2 голки в картонній пачці**
Заявник	**ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**343961-25/3-152 від 02.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕФЕРОЛ, капсули по 350 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери (30 капсул) у пачці картонній з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**343961-25/3-152 від 02.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕФЕРОЛ, капсули по 350 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери (30 капсул) у пачці картонній з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**343961-25/3-152 від 02.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕФЕРОЛ, капсули по 350 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери (30 капсул) у пачці картонній з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340704-25/3-60 від 07.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕЛЬ Т, таблетки по 50 таблеток у контейнері поліпропіленовому; по 1 контейнеру у коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340704-25/3-60 від 07.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕЛЬ Т, таблетки по 50 таблеток у контейнері поліпропіленовому; по 1 контейнеру у коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340704-25/3-60 від 07.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕЛЬ Т, таблетки по 50 таблеток у контейнері поліпропіленовому; по 1 контейнеру у коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340700-25/3-60 від 07.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕЛЬ Т, мазь по 50 г у тубі; по 1 тубі в коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340700-25/3-60 від 07.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕЛЬ Т, мазь по 50 г у тубі; по 1 тубі в коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340700-25/З-60 від 07.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕЛЬ Т, мазь по 50 г у тубі; по 1 тубі в коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**340474-25/3-138 від 03.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕЛЬ Т ІН'ЄКЦІЇ, розчин для ін'єкцій; по 2,0 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у коробці з картону; по 2,0 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 20 контурних чарункових упаковок у коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**340474-25/3-138 від 03.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕЛЬ Т ІН'ЄКЦІЇ, розчин для ін'єкцій; по 2,0 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у коробці з картону; по 2,0 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 20 контурних чарункових упаковок у коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**340474-25/3-138 від 03.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕЛЬ Т ІН'ЄКЦІЇ, розчин для ін'єкцій; по 2,0 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у коробці з картону; по 2,0 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 20 контурних чарункових упаковок у коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344407-25/3-117 від 09.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФІКС, порошок для оральної суспензії, 100 мг/5 мл; 1 флакон з порошком (для 30 мл або 60 мл суспензії) з ложкою-дозатором у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344407-25/3-117 від 09.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФІКС, порошок для оральної суспензії, 100 мг/5 мл; 1 флакон з порошком (для 30 мл або 60 мл суспензії) з ложкою-дозатором у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344407-25/3-117 від 09.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФІКС, порошок для оральної суспензії, 100 мг/5 мл; 1 флакон з порошком (для 30 мл або 60 мл суспензії) з ложкою-дозатором у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344411-25/3-06 від 09.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФІКС, капсули по 400 мг; по 5 капсул у блістері, по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344411-25/3-06 від 09.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФІКС, капсули по 400 мг; по 5 капсул у блістері, по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344411-25/3-06 від 09.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФІКС, капсули по 400 мг; по 5 капсул у блістері, по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345543-25/3-132 від 01.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФІКСИМ-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг, по 5 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345543-25/3-132 від 01.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФІКСИМ-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг, по 5 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345543-25/3-132 від 01.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФІКСИМ-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг, по 5 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344440-25/3-139 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОДОКС, порошок для 50 мл оральної суспензії (50 мг/5 мл) або порошок для 50 мл оральної суспензії (100 мг/5 мл); 1 флакон з порошком з ложкою-дозатором у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344440-25/3-139 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОДОКС, порошок для 50 мл оральної суспензії (50 мг/5 мл) або порошок для 50 мл оральної суспензії (100 мг/5 мл); 1 флакон з порошком з ложкою-дозатором у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344440-25/3-139 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОДОКС, порошок для 50 мл оральної суспензії (50 мг/5 мл) або порошок для 50 мл оральної суспензії (100 мг/5 мл); 1 флакон з порошком з ложкою-дозатором у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**344440-25/3-139 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОДОКС, порошок для 50 мл оральної суспензії (50 мг/5 мл) або порошок для 50 мл оральної суспензії (100 мг/5 мл); 1 флакон з порошком з ложкою-дозатором у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**344440-25/3-139 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОДОКС, порошок для 50 мл оральної суспензії (50 мг/5 мл) або порошок для 50 мл оральної суспензії (100 мг/5 мл); 1 флакон з порошком з ложкою-дозатором у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**344440-25/3-139 від 10.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОДОКС, порошок для 50 мл оральної суспензії (50 мг/5 мл) або порошок для 50 мл оральної суспензії (100 мг/5 мл); 1 флакон з порошком з ложкою-дозатором у картонній коробці**
Заявник	**Фарма Інтернешенал Компані, Йорданія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**345309-25/3-140 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИРАМЗА, концентрат для розчину для інфузій, 10 мг/мл; по 10 мл та 50 мл у флаконах, по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**Елі Ліллі Недерленд Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**345309-25/3-140 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИРАМЗА, концентрат для розчину для інфузій, 10 мг/мл; по 10 мл та 50 мл у флаконах, по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**Елі Ліллі Недерленд Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**345309-25/3-140 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИРАМЗА, концентрат для розчину для інфузій, 10 мг/мл; по 10 мл та 50 мл у флаконах, по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**Елі Ліллі Недерленд Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**342990-25/3-96 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИСТИНОЛ АКУТ, таблетки вкриті оболонкою по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері, по 2, або 3, або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Шапер & Брюммер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**342990-25/3-96 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИСТИНОЛ АКУТ, таблетки вкриті оболонкою по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері, по 2, або 3, або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Шапер & Брюммер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**342990-25/3-96 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИСТИНОЛ АКУТ, таблетки вкриті оболонкою по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері, по 2, або 3, або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Шапер & Брюммер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**335400-25/З-140 від 03.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯНУМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/500 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/850 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/1000 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**335400-25/З-140 від 03.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯНУМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/500 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/850 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/1000 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**335400-25/З-140 від 03.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯНУМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/500 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/850 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/1000 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**335400-25/З-140 від 03.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯНУМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/500 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/850 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/1000 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**335400-25/З-140 від 03.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯНУМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/500 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/850 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/1000 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**335400-25/З-140 від 03.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯНУМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/500 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/850 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/1000 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(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	**335400-25/З-140 від 03.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯНУМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/500 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/850 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/1000 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(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	**335400-25/З-140 від 03.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯНУМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/500 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/850 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/1000 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(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	**335400-25/З-140 від 03.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯНУМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/500 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/850 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/1000 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**12.01.2026 р. № 34**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)