ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**298707-23/3-143, 298708-23/3-143, 298709-23/3-143, 298710-23/3-143, 298711-23/3-143, 298712-23/3-143, 298713-23/3-143, 298714-23/3-143, 298715-23/3-143, 298716-23/3-143, 298717-23/3-143, 298718-23/3-143, 298719-23/3-143, 298720-23/3-143, 298721-23/3-143, 298722-23/3-143, 298723-23/3-143, 298724-23/3-143, 298814-23/3-143, 298815-23/3-143 від 27.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АВАСТИН®, концентрат для розчину для інфузій, 100 мг/4 мл; по 4 мл (100 мг) або 16 мл (400 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2024**	(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	**298707-23/3-143, 298708-23/3-143, 298709-23/3-143, 298710-23/3-143, 298711-23/3-143, 298712-23/3-143, 298713-23/3-143, 298714-23/3-143, 298715-23/3-143, 298716-23/3-143, 298717-23/3-143, 298718-23/3-143, 298719-23/3-143, 298720-23/3-143, 298721-23/3-143, 298722-23/3-143, 298723-23/3-143, 298724-23/3-143, 298814-23/3-143, 298815-23/3-143 від 27.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АВАСТИН®, концентрат для розчину для інфузій, 100 мг/4 мл; по 4 мл (100 мг) або 16 мл (400 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**298707-23/3-143, 298708-23/3-143, 298709-23/3-143, 298710-23/3-143, 298711-23/3-143, 298712-23/3-143, 298713-23/3-143, 298714-23/3-143, 298715-23/3-143, 298716-23/3-143, 298717-23/3-143, 298718-23/3-143, 298719-23/3-143, 298720-23/3-143, 298721-23/3-143, 298722-23/3-143, 298723-23/3-143, 298724-23/3-143, 298814-23/3-143, 298815-23/3-143 від 27.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АВАСТИН®, концентрат для розчину для інфузій, 100 мг/4 мл; по 4 мл (100 мг) або 16 мл (400 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311470-24/3-145 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРОМІЦИН 250, АЗИТРОМІЦИН 500, АЗИТРОМІЦИН 1000, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг; для дозування 250 мг: по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; для дозування 500 мг: по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; для дозування 1000 мг: по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311470-24/3-145 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРОМІЦИН 250, АЗИТРОМІЦИН 500, АЗИТРОМІЦИН 1000, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг; для дозування 250 мг: по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; для дозування 500 мг: по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; для дозування 1000 мг: по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311470-24/3-145 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРОМІЦИН 250, АЗИТРОМІЦИН 500, АЗИТРОМІЦИН 1000, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг; для дозування 250 мг: по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; для дозування 500 мг: по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; для дозування 1000 мг: по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311470-24/3-145 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРОМІЦИН 250, АЗИТРОМІЦИН 500, АЗИТРОМІЦИН 1000, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг; для дозування 250 мг: по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; для дозування 500 мг: по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; для дозування 1000 мг: по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311470-24/3-145 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРОМІЦИН 250, АЗИТРОМІЦИН 500, АЗИТРОМІЦИН 1000, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг; для дозування 250 мг: по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; для дозування 500 мг: по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; для дозування 1000 мг: по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311470-24/3-145 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРОМІЦИН 250, АЗИТРОМІЦИН 500, АЗИТРОМІЦИН 1000, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг; для дозування 250 мг: по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; для дозування 500 мг: по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; для дозування 1000 мг: по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311470-24/3-145 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРОМІЦИН 250, АЗИТРОМІЦИН 500, АЗИТРОМІЦИН 1000, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг; для дозування 250 мг: по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; для дозування 500 мг: по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; для дозування 1000 мг: по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311470-24/3-145 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРОМІЦИН 250, АЗИТРОМІЦИН 500, АЗИТРОМІЦИН 1000, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг; для дозування 250 мг: по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; для дозування 500 мг: по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; для дозування 1000 мг: по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311470-24/3-145 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРОМІЦИН 250, АЗИТРОМІЦИН 500, АЗИТРОМІЦИН 1000, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг; для дозування 250 мг: по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; для дозування 500 мг: по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; для дозування 1000 мг: по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**308436-24/B-140, 308437-24/B-140, 308438-24/B-140 від 12.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТОВЕГІН, розчин для ін'єкцій, 40 мг/мл; in bulk № 1500: по 2 мл (80 мг) в ампулі; по 5 ампул у пластиковому контейнері; по 5 контейнерів у захисній коробці; по 60 захисних коробок у картонній коробці; in bulk № 900: по 5 мл (200 мг) в ампулі; по 5 ампул у пластиковому контейнері; по 4 контейнери в захисній коробці; по 45 захисних коробок у картонній коробці; in bulk № 400: по 10 мл (400 мг) в ампулі; по 5 ампул у пластиковому контейнері; по 2 контейнери в захисній коробці; по 40 захисних коробок у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Такеда Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308436-24/B-140, 308437-24/B-140, 308438-24/B-140 від 12.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТОВЕГІН, розчин для ін'єкцій, 40 мг/мл; in bulk № 1500: по 2 мл (80 мг) в ампулі; по 5 ампул у пластиковому контейнері; по 5 контейнерів у захисній коробці; по 60 захисних коробок у картонній коробці; in bulk № 900: по 5 мл (200 мг) в ампулі; по 5 ампул у пластиковому контейнері; по 4 контейнери в захисній коробці; по 45 захисних коробок у картонній коробці; in bulk № 400: по 10 мл (400 мг) в ампулі; по 5 ампул у пластиковому контейнері; по 2 контейнери в захисній коробці; по 40 захисних коробок у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Такеда Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308436-24/B-140, 308437-24/B-140, 308438-24/B-140 від 12.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТОВЕГІН, розчин для ін'єкцій, 40 мг/мл; in bulk № 1500: по 2 мл (80 мг) в ампулі; по 5 ампул у пластиковому контейнері; по 5 контейнерів у захисній коробці; по 60 захисних коробок у картонній коробці; in bulk № 900: по 5 мл (200 мг) в ампулі; по 5 ампул у пластиковому контейнері; по 4 контейнери в захисній коробці; по 45 захисних коробок у картонній коробці; in bulk № 400: по 10 мл (400 мг) в ампулі; по 5 ампул у пластиковому контейнері; по 2 контейнери в захисній коробці; по 40 захисних коробок у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Такеда Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**308216-24/B-143, 308217-24/B-143, 308218-24/B-143, 308219-24/B-143 від 08.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТОВЕГІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг; по 50 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Такеда Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308216-24/B-143, 308217-24/B-143, 308218-24/B-143, 308219-24/B-143 від 08.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТОВЕГІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг; по 50 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Такеда Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308216-24/B-143, 308217-24/B-143, 308218-24/B-143, 308219-24/B-143 від 08.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТОВЕГІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг; по 50 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Такеда Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**310949-24/3-39 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛВЕНТА®, капсули пролонгованої дії, по 37,5 мг або 75 мг або 150 мг, по 14 капсул у блістері, по 1, або по 2, або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**310949-24/3-39 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛВЕНТА®, капсули пролонгованої дії, по 37,5 мг або 75 мг або 150 мг, по 14 капсул у блістері, по 1, або по 2, або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**310949-24/3-39 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛВЕНТА®, капсули пролонгованої дії, по 37,5 мг або 75 мг або 150 мг, по 14 капсул у блістері, по 1, або по 2, або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**310949-24/3-39 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛВЕНТА®, капсули пролонгованої дії, по 37,5 мг або 75 мг або 150 мг, по 14 капсул у блістері, по 1, або по 2, або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**310949-24/3-39 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛВЕНТА®, капсули пролонгованої дії, по 37,5 мг або 75 мг або 150 мг, по 14 капсул у блістері, по 1, або по 2, або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**310949-24/3-39 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛВЕНТА®, капсули пролонгованої дії, по 37,5 мг або 75 мг або 150 мг, по 14 капсул у блістері, по 1, або по 2, або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**310949-24/3-39 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛВЕНТА®, капсули пролонгованої дії, по 37,5 мг або 75 мг або 150 мг, по 14 капсул у блістері, по 1, або по 2, або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**310949-24/3-39 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛВЕНТА®, капсули пролонгованої дії, по 37,5 мг або 75 мг або 150 мг, по 14 капсул у блістері, по 1, або по 2, або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**310949-24/3-39 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛВЕНТА®, капсули пролонгованої дії, по 37,5 мг або 75 мг або 150 мг, по 14 капсул у блістері, по 1, або по 2, або по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**306859-23/3-134, 306862-23/3-134 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛМІРАЛ®, розчин для ін'єкцій, 75 мг/3 мл по 3 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**306859-23/З-134, 306862-23/З-134 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛМІРАЛ®, розчин для ін'єкцій, 75 мг/3 мл по 3 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**306859-23/З-134, 306862-23/З-134 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛМІРАЛ®, розчин для ін'єкцій, 75 мг/3 мл по 3 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**301440-23/В-121, 301442-23/В-121 від 14.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬБУВЕН, розчин для інфузій 10 % або 20 %; по 50 мл, 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**301440-23/В-121, 301442-23/В-121 від 14.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬБУВЕН, розчин для інфузій 10 % або 20 %; по 50 мл, 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**301440-23/В-121, 301442-23/В-121 від 14.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬБУВЕН, розчин для інфузій 10 % або 20 %; по 50 мл, 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**301440-23/В-121, 301442-23/В-121 від 14.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬБУВЕН, розчин для інфузій 10 % або 20 %; по 50 мл, 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**301440-23/В-121, 301442-23/В-121 від 14.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬБУВЕН, розчин для інфузій 10 % або 20 %; по 50 мл, 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**301440-23/В-121, 301442-23/В-121 від 14.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬБУВЕН, розчин для інфузій 10 % або 20 %; по 50 мл, 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**313319-24/З-100, 313320-24/З-100, 313321-24/З-100, 313322-24/З-100 від 04.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬБУМІН ЛЮДИНИ 200 Г/Л , розчин для інфузій, 200 г/л; по 50 мл або по 100 мл розчину у пляшці; по 1 пляшці в коробці з картону**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313319-24/З-100, 313320-24/З-100, 313321-24/З-100, 313322-24/З-100 від 04.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬБУМІН ЛЮДИНИ 200 Г/Л , розчин для інфузій, 200 г/л; по 50 мл або по 100 мл розчину у пляшці; по 1 пляшці в коробці з картону**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313319-24/З-100, 313320-24/З-100, 313321-24/З-100, 313322-24/З-100 від 04.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬБУМІН ЛЮДИНИ 200 Г/Л , розчин для інфузій, 200 г/л; по 50 мл або по 100 мл розчину у пляшці; по 1 пляшці в коробці з картону**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**316318-24/3-98 від 03.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬДУРАЗИМ®, концентрат для розчину для інфузій, 100 ОД/мл № 1: по 5 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Санофі Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**316318-24/3-98 від 03.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬДУРАЗИМ®, концентрат для розчину для інфузій, 100 ОД/мл № 1: по 5 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Санофі Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**316318-24/3-98 від 03.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬДУРАЗИМ®, концентрат для розчину для інфузій, 100 ОД/мл № 1: по 5 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Санофі Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**316937-24/В-97 від 11.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНГІН-ГРАН, гранули, по 10 г гранул у пеналі полімерному, по 1 пеналу в пачці з картону; або по 10 г гранул у флаконі з кришкою, по 1 флакону в пачці з картону; або по 5 г гранул у контейнері з дозуванням, по 2 контейнери в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**316937-24/В-97 від 11.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНГІН-ГРАН, гранули, по 10 г гранул у пеналі полімерному, по 1 пеналу в пачці з картону; або по 10 г гранул у флаконі з кришкою, по 1 флакону в пачці з картону; або по 5 г гранул у контейнері з дозуванням, по 2 контейнери в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**316937-24/В-97 від 11.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНГІН-ГРАН, гранули, по 10 г гранул у пеналі полімерному, по 1 пеналу в пачці з картону; або по 10 г гранул у флаконі з кришкою, по 1 флакону в пачці з картону; або по 5 г гранул у контейнері з дозуванням, по 2 контейнери в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**312708-24/3-121 від 26.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИФАМ® 1,5 МГ/10 МГ, таблетки з модифікованим вивільненням, по 1,5 мг/10 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312708-24/3-121 від 26.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИФАМ® 1,5 МГ/10 МГ, таблетки з модифікованим вивільненням, по 1,5 мг/10 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312708-24/3-121 від 26.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИФАМ® 1,5 МГ/10 МГ, таблетки з модифікованим вивільненням, по 1,5 мг/10 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**312709-24/3-121 від 26.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИФАМ® 1,5 МГ/5 МГ, таблетки з модифікованим вивільненням, по 1,5 мг/5 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312709-24/3-121 від 26.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИФАМ® 1,5 МГ/5 МГ, таблетки з модифікованим вивільненням, по 1,5 мг/5 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312709-24/3-121 від 26.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИФАМ® 1,5 МГ/5 МГ, таблетки з модифікованим вивільненням, по 1,5 мг/5 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**312461-24/B-121, 312470-24/B-121 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРТЕДЖА®-Д ГЕЛЬ, гель 5 %, по 50 г або 100 г в тубі; по 1 тубі в пачці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312461-24/B-121, 312470-24/B-121 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРТЕДЖА®-Д ГЕЛЬ, гель 5 %, по 50 г або 100 г в тубі; по 1 тубі в пачці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312461-24/В-121, 312470-24/В-121 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРТЕДЖА®-Д ГЕЛЬ, гель 5 %, по 50 г або 100 г в тубі; по 1 тубі в пачці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**317941-24/3-146 від 27.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСКОРІЛ, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 5 блістерів в картонній упаковці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**317941-24/3-146 від 27.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСКОРІЛ, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 5 блістерів в картонній упаковці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**317941-24/3-146 від 27.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСКОРІЛ, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 5 блістерів в картонній упаковці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**317942-24/3-146 від 27.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСКОРІЛ ЕКСПЕКТОРАНТ, сироп; по 100 мл або по 200 мл у пластикових флаконах; по 1 флакону разом з мірним ковпачком у картонній упаковці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**317942-24/3-146 від 27.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСКОРІЛ ЕКСПЕКТОРАНТ, сироп; по 100 мл або по 200 мл у пластикових флаконах; по 1 флакону разом з мірним ковпачком у картонній упаковці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**317942-24/3-146 від 27.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСКОРІЛ ЕКСПЕКТОРАНТ, сироп; по 100 мл або по 200 мл у пластикових флаконах; по 1 флакону разом з мірним ковпачком у картонній упаковці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**300278-23/3-45, 300279-23/3-45, 300280-23/3-45 від 24.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦ-ХЕЛП, таблетки шипучі по 600 мг, по 10 таблеток у тубі; по 1 тубі в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**300278-23/З-45, 300279-23/З-45, 300280-23/З-45 від 24.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦ-ХЕЛП, таблетки шипучі по 600 мг, по 10 таблеток у тубі; по 1 тубі в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**300278-23/З-45, 300279-23/З-45, 300280-23/З-45 від 24.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЦ-ХЕЛП, таблетки шипучі по 600 мг, по 10 таблеток у тубі; по 1 тубі в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**316685-24/В-92 від 07.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БАФАЗОЛ ІС®, таблетки по 10 мг по 20 таблеток у блістері; по 2 або 3 блістери у пачці**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**316685-24/В-92 від 07.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БАФАЗОЛ ІС®, таблетки по 10 мг по 20 таблеток у блістері; по 2 або 3 блістери у пачці**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**316685-24/B-92 від 07.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БАФАЗОЛ ІС®, таблетки по 10 мг по 20 таблеток у блістері; по 2 або 3 блістери у пачці**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**315589-24/3-100 від 20.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕКСЕРО ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ МЕНІНГОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ, ЩО ВИКЛИКАЄТЬСЯ СЕРОГРУПОЮ В (ВИГОТОВЛЕНА ЗА РЕКОМБІНАНТНОЮ ДНК ТЕХНОЛОГІЄЮ, АДСОРБОВАНА), суспензія для ін'єкцій по 1 дозі (0,5 мл/дозу); по 1 дозі (0,5 мл) у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу у комплекті з двома голками в пластиковому контейнері; по 1 пластиковому контейнеру у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**315589-24/3-100 від 20.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕКСЕРО ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ МЕНІНГОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ, ЩО ВИКЛИКАЄТЬСЯ СЕРОГРУПОЮ В (ВИГОТОВЛЕНА ЗА РЕКОМБІНАНТНОЮ ДНК ТЕХНОЛОГІЄЮ, АДСОРБОВАНА), суспензія для ін'єкцій по 1 дозі (0,5 мл/дозу); по 1 дозі (0,5 мл) у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу у комплекті з двома голками в пластиковому контейнері; по 1 пластиковому контейнеру у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**315589-24/3-100 від 20.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕКСЕРО ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ МЕНІНГОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ, ЩО ВИКЛИКАЄТЬСЯ СЕРОГРУПОЮ В (ВИГОТОВЛЕНА ЗА РЕКОМБІНАНТНОЮ ДНК ТЕХНОЛОГІЄЮ, АДСОРБОВАНА), суспензія для ін'єкцій по 1 дозі (0,5 мл/дозу); по 1 дозі (0,5 мл) у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу у комплекті з двома голками в пластиковому контейнері; по 1 пластиковому контейнеру у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311217-24/3-06, 311218-24/3-06 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАК, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311217-24/З-06, 311218-24/З-06 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАК, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311217-24/3-06, 311218-24/3-06 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАК, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311217-24/3-06, 311218-24/3-06 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАК, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311217-24/З-06, 311218-24/З-06 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАК, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311217-24/3-06, 311218-24/3-06 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАК, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**308669-24/В-45 від 18.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІБЛОК, розчин для інфузій, 10 мг/мл, по 50 мл або 250 мл у контейнері полімерному; по 1 контейнеру полімерному у вакуумованому пакеті з ламінованої фольги; по 1 пакету у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308669-24/В-45 від 18.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІБЛОК, розчин для інфузій, 10 мг/мл, по 50 мл або 250 мл у контейнері полімерному; по 1 контейнеру полімерному у вакуумованому пакеті з ламінованої фольги; по 1 пакету у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308669-24/В-45 від 18.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІБЛОК, розчин для інфузій, 10 мг/мл, по 50 мл або 250 мл у контейнері полімерному; по 1 контейнеру полімерному у вакуумованому пакеті з ламінованої фольги; по 1 пакету у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**314796-24/B-123, 314798-24/B-123, 314801-24/B-123 від 03.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОВЕН, розчин для інфузій 10 %; по 10 мл, 25 мл, 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**314796-24/B-123, 314798-24/B-123, 314801-24/B-123 від 03.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОВЕН, розчин для інфузій 10 %; по 10 мл, 25 мл, 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**314796-24/B-123, 314798-24/B-123, 314801-24/B-123 від 03.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОВЕН, розчин для інфузій 10 %; по 10 мл, 25 мл, 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**310658-24/В-45 від 21.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЛІС®, розчин оральний 1 мг/мл, по 100 мл у флаконі з адаптером або без адаптера, по 1 флакону зі шприцом-дозатором у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**310658-24/В-45 від 21.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЛІС®, розчин оральний 1 мг/мл, по 100 мл у флаконі з адаптером або без адаптера, по 1 флакону зі шприцом-дозатором у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**310658-24/В-45 від 21.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЛІС®, розчин оральний 1 мг/мл, по 100 мл у флаконі з адаптером або без адаптера, по 1 флакону зі шприцом-дозатором у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**312212-24/З-100, 312213-24/З-100 від 15.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРУФЕН® РАПІД, капсули м`які по 400 мг; по 10 капсул у блістері, по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Абботт Лабораторіз ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312212-24/З-100, 312213-24/З-100 від 15.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРУФЕН® РАПІД, капсули м`які по 400 мг; по 10 капсул у блістері, по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Абботт Лабораторіз ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312212-24/З-100, 312213-24/З-100 від 15.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРУФЕН® РАПІД, капсули м`які по 400 мг; по 10 капсул у блістері, по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Абботт Лабораторіз ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**312221-24/З-100, 312222-24/З-100 від 15.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРУФЕН® РЕТАРД, таблетки пролонгованої дії, вкриті плівковою оболонкою, по 800 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Абботт Лабораторіз ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312221-24/3-100, 312222-24/3-100 від 15.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРУФЕН® РЕТАРД, таблетки пролонгованої дії, вкриті плівковою оболонкою, по 800 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Абботт Лабораторіз ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312221-24/3-100, 312222-24/3-100 від 15.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРУФЕН® РЕТАРД, таблетки пролонгованої дії, вкриті плівковою оболонкою, по 800 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Абботт Лабораторіз ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**314593-24/B-06 від 30.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУДЕСОНІД-ТЕВА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл, 0,5 мг/мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у пакеті з фольги; по 4 пакети у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**314593-24/B-06 від 30.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУДЕСОНІД-ТЕВА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл, 0,5 мг/мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у пакеті з фольги; по 4 пакети у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**314593-24/B-06 від 30.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУДЕСОНІД-ТЕВА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл, 0,5 мг/мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у пакеті з фольги; по 4 пакети у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**314593-24/B-06 від 30.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУДЕСОНІД-ТЕВА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл, 0,5 мг/мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у пакеті з фольги; по 4 пакети у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**314593-24/B-06 від 30.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУДЕСОНІД-ТЕВА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл, 0,5 мг/мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у пакеті з фольги; по 4 пакети у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**314593-24/B-06 від 30.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУДЕСОНІД-ТЕВА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл, 0,5 мг/мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у пакеті з фольги; по 4 пакети у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**312690-24/В-39 від 25.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУПІВАКАЇН, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл, по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312690-24/B-39 від 25.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУПІВАКАЇН, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл, по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312690-24/B-39 від 25.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУПІВАКАЇН, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл, по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**313933-24/B-06 від 16.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛАВІР® , таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 6 таблеток у блістері; по 7 блістерів у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313933-24/B-06 від 16.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛАВІР® , таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 6 таблеток у блістері; по 7 блістерів у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313933-24/B-06 від 16.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛАВІР® , таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 6 таблеток у блістері; по 7 блістерів у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**308902-24/З-137 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІЗГЕМ, ліофілізат для розчину для інфузій по 200 мг; по 1000 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308902-24/3-137 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІЗГЕМ, ліофілізат для розчину для інфузій по 200 мг; по 1000 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308902-24/3-137 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІЗГЕМ, ліофілізат для розчину для інфузій по 200 мг; по 1000 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**308902-24/З-137 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІЗГЕМ, ліофілізат для розчину для інфузій по 200 мг; по 1000 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308902-24/3-137 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІЗГЕМ, ліофілізат для розчину для інфузій по 200 мг; по 1000 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**308902-24/3-137 від 23.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІЗГЕМ, ліофілізат для розчину для інфузій по 200 мг; по 1000 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**239849-20/3-06 від 30.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІЗОЛ, порошок для розчину для інфузій по 200 мг по 1 флакону у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**239849-20/3-06 від 30.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІЗОЛ, порошок для розчину для інфузій по 200 мг по 1 флакону у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**239849-20/3-06 від 30.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІЗОЛ, порошок для розчину для інфузій по 200 мг по 1 флакону у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**312463-24/В-96 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІРОТЕК КЛІНІК, розчин для зовнішнього застосування 0,05 %, по 250 г у флаконі; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312463-24/B-96 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІРОТЕК КЛІНІК, розчин для зовнішнього застосування 0,05 %, по 250 г у флаконі; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312463-24/B-96 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІРОТЕК КЛІНІК, розчин для зовнішнього застосування 0,05 %, по 250 г у флаконі; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**314056-24/3-96 від 19.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОКАСЕПТ ЛЬОДЯНИКИ, льодяники (Апельсин) № 1: по 1 льодянику в конверті; № 100, № 200, № 300: по 1 льодянику в конверті, по 100, 200 або 300 конвертів з льодяником в банці; № 6: по 6 льодяників у блістері; по 1 блістеру в коробці; № 12, № 24: по 12 льодяників у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці**
Заявник	**Мапекс Консьюмер Хелскер Прайвіт Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**314056-24/3-96 від 19.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОКАСЕПТ ЛЬОДЯНИКИ, льодяники (Апельсин) № 1: по 1 льодянику в конверті; № 100, № 200, № 300: по 1 льодянику в конверті, по 100, 200 або 300 конвертів з льодяником в банці; № 6: по 6 льодяників у блістері; по 1 блістеру в коробці; № 12, № 24: по 12 льодяників у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці**
Заявник	**Мапекс Консьюмер Хелскер Прайвіт Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**314056-24/3-96 від 19.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОКАСЕПТ ЛЬОДЯНИКИ, льодяники (Апельсин) № 1: по 1 льодянику в конверті; № 100, № 200, № 300: по 1 льодянику в конверті, по 100, 200 або 300 конвертів з льодяником в банці; № 6: по 6 льодяників у блістері; по 1 блістеру в коробці; № 12, № 24: по 12 льодяників у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці**
Заявник	**Мапекс Консьюмер Хелскер Прайвіт Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**314057-24/3-96 від 19.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОКАСЕПТ ЛЬОДЯНИКИ, льодяники (Медово-Лимонні) № 1: по 1 льодянику в конверті; № 100, № 200, № 300: по 1 льодянику в конверті, по 100, 200 або 300 конвертів з льодяником в банці; № 6: по 6 льодяників у блістері; по 1 блістеру в коробці; № 12, № 24: по 12 льодяників у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці**
Заявник	**Мапекс Консьюмер Хелскер Прайвіт Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**314057-24/3-96 від 19.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОКАСЕПТ ЛЬОДЯНИКИ, льодяники (Медово-Лимонні) № 1: по 1 льодянику в конверті; № 100, № 200, № 300: по 1 льодянику в конверті, по 100, 200 або 300 конвертів з льодяником в банці; № 6: по 6 льодяників у блістері; по 1 блістеру в коробці; № 12, № 24: по 12 льодяників у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці**
Заявник	**Мапекс Консьюмер Хелскер Прайвіт Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**314057-24/3-96 від 19.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОКАСЕПТ ЛЬОДЯНИКИ, льодяники (Медово-Лимонні) № 1: по 1 льодянику в конверті; № 100, № 200, № 300: по 1 льодянику в конверті, по 100, 200 або 300 конвертів з льодяником в банці; № 6: по 6 льодяників у блістері; по 1 блістеру в коробці; № 12, № 24: по 12 льодяників у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці**
Заявник	**Мапекс Консьюмер Хелскер Прайвіт Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**314128-24/3-146 від 19.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОКАСЕПТ ЛЬОДЯНИКИ, льодяники (М'ятно-Евкаліптові); №1: по 1 льодянику в конверті; №100, №200, №300: по 1 льодянику в конверті, по 100, 200 або 300 конвертів з льодяником в банці; №6: по 6 льодяників у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; №12, №24: по 12 льодяників у блістері, по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Мапекс Консьюмер Хелскер Прайвіт Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**314128-24/3-146 від 19.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОКАСЕПТ ЛЬОДЯНИКИ, льодяники (М'ятно-Евкаліптові); №1: по 1 льодянику в конверті; №100, №200, №300: по 1 льодянику в конверті, по 100, 200 або 300 конвертів з льодяником в банці; №6: по 6 льодяників у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; №12, №24: по 12 льодяників у блістері, по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Мапекс Консьюмер Хелскер Прайвіт Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**314128-24/3-146 від 19.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОКАСЕПТ ЛЬОДЯНИКИ, льодяники (М'ятно-Евкаліптові); №1: по 1 льодянику в конверті; №100, №200, №300: по 1 льодянику в конверті, по 100, 200 або 300 конвертів з льодяником в банці; №6: по 6 льодяників у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; №12, №24: по 12 льодяників у блістері, по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Мапекс Консьюмер Хелскер Прайвіт Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**307707-23/B-138, 307708-23/B-138, 307709-23/B-138 від 25.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОКСИД®, таблетки по 0,2 мг або по 0,3 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або 10 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**307707-23/В-138, 307708-23/В-138, 307709-23/В-138 від 25.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОКСИД®, таблетки по 0,2 мг або по 0,3 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або 10 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**307707-23/B-138, 307708-23/B-138, 307709-23/B-138 від 25.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОКСИД®, таблетки по 0,2 мг або по 0,3 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або 10 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**307707-23/B-138, 307708-23/B-138, 307709-23/B-138 від 25.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОКСИД®, таблетки по 0,2 мг або по 0,3 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або 10 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**307707-23/В-138, 307708-23/В-138, 307709-23/В-138 від 25.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОКСИД®, таблетки по 0,2 мг або по 0,3 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або 10 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**307707-23/B-138, 307708-23/B-138, 307709-23/B-138 від 25.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОКСИД®, таблетки по 0,2 мг або по 0,3 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або 10 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**311270-24/З-143 від 29.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОЛЬТАРЕН® РАПІД, таблетки, вкриті цукровою оболонкою, по 50 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311270-24/3-143 від 29.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОЛЬТАРЕН® РАПІД, таблетки, вкриті цукровою оболонкою, по 50 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**311270-24/3-143 від 29.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОЛЬТАРЕН® РАПІД, таблетки, вкриті цукровою оболонкою, по 50 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**313907-24/B-116, 313908-24/B-116 від 16.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАНА®, капсули по 75 мг або по 150 мг по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313907-24/B-116, 313908-24/B-116 від 16.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАНА®, капсули по 75 мг або по 150 мг по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313907-24/B-116, 313908-24/B-116 від 16.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАНА®, капсули по 75 мг або по 150 мг по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**313907-24/B-116, 313908-24/B-116 від 16.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАНА®, капсули по 75 мг або по 150 мг по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313907-24/B-116, 313908-24/B-116 від 16.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАНА®, капсули по 75 мг або по 150 мг по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313907-24/B-116, 313908-24/B-116 від 16.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАНА®, капсули по 75 мг або по 150 мг по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**315228-24/3-144 від 13.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАМАЛАТЕ B6, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6 блістерів в упаковці з картону**
Заявник	**Феррер Інтернасіональ, С.А., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**315228-24/3-144 від 13.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАМАЛАТЕ B6, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6 блістерів в упаковці з картону**
Заявник	**Феррер Інтернасіональ, С.А., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**315228-24/3-144 від 13.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАМАЛАТЕ B6, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6 блістерів в упаковці з картону**
Заявник	**Феррер Інтернасіональ, С.А., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**312531-24/З-143, 312532-24/З-143, 312533-24/З-143 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАНАТОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 10 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Абботт Лабораторіз ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312531-24/3-143, 312532-24/3-143, 312533-24/3-143 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАНАТОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 10 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Абботт Лабораторіз ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312531-24/3-143, 312532-24/3-143, 312533-24/3-143 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАНАТОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 10 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Абботт Лабораторіз ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**295391-23/3-100, 295392-23/3-100 від 01.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕКСАКСИМ® / НЕХАХІМ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ), ГЕПАТИТУ В РЕКОМБІНАНТНА, ПОЛІОМІЄЛІТУ ІНАКТИВОВАНА ТА ЗАХВОРЮВАНЬ, СПРИЧИНЕНИХ HAEMOPHILUS ТИПУ В КОН'ЮГОВАНА, АДСОРБОВАНА, РІДКА , суспензія для ін’єкцій; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 1 шприцу в картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 1 шприцу в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 10 шприців в картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 10 шприців в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 0,5 мл (1 доза) у флаконах, по 10 флаконів у картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) у флаконах, по 10 флаконів в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці. Маркування українською та англійською, або іншими іноземними мовами**
Заявник	**Санофі Пастер, Франція**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
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:	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**295391-23/3-100, 295392-23/3-100 від 01.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕКСАКСИМ® / НЕХАХІМ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ), ГЕПАТИТУ В РЕКОМБІНАНТНА, ПОЛІОМІЄЛІТУ ІНАКТИВОВАНА ТА ЗАХВОРЮВАНЬ, СПРИЧИНЕНИХ HAEMOPHILUS ТИПУ В КОН'ЮГОВАНА, АДСОРБОВАНА, РІДКА , суспензія для ін'єкцій; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 1 шприцу в картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 1 шприцу в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 10 шприців в картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 10 шприців в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 0,5 мл (1 доза) у флаконах, по 10 флаконів у картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) у флаконах, по 10 флаконів в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці. Маркування українською та англійською, або іншими іноземними мовами**
Заявник	**Санофі Пастер, Франція**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
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	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**295391-23/3-100, 295392-23/3-100 від 01.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕКСАКСИМ® / НЕХАХІМ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ), ГЕПАТИТУ В РЕКОМБІНАНТНА, ПОЛІОМІЄЛІТУ ІНАКТИВОВАНА ТА ЗАХВОРЮВАНЬ, СПРИЧИНЕНИХ HAEMOPHILUS ТИПУ В КОН'ЮГОВАНА, АДСОРБОВАНА, РІДКА , суспензія для ін'єкцій; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 1 шприцу в картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 1 шприцу в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 10 шприців в картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 10 шприців в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 0,5 мл (1 доза) у флаконах, по 10 флаконів у картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) у флаконах, по 10 флаконів в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці. Маркування українською та англійською, або іншими іноземними мовами**
Заявник	**Санофі Пастер, Франція**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
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	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**313147-24/3-146 від 03.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН АМАКСА, порошок для розчину для інфузій по 200 мг; по 1000 мг; 1 флакон з порошком з маркуванням українською мовою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; 1 флакон з порошком в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313147-24/3-146 від 03.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН АМАКСА, порошок для розчину для інфузій по 200 мг; по 1000 мг; 1 флакон з порошком з маркуванням українською мовою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; 1 флакон з порошком в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313147-24/3-146 від 03.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН АМАКСА, порошок для розчину для інфузій по 200 мг; по 1000 мг; 1 флакон з порошком з маркуванням українською мовою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; 1 флакон з порошком в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**313147-24/3-146 від 03.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН АМАКСА, порошок для розчину для інфузій по 200 мг; по 1000 мг; 1 флакон з порошком з маркуванням українською мовою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; 1 флакон з порошком в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313147-24/3-146 від 03.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН АМАКСА, порошок для розчину для інфузій по 200 мг; по 1000 мг; 1 флакон з порошком з маркуванням українською мовою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; 1 флакон з порошком в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313147-24/3-146 від 03.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН АМАКСА, порошок для розчину для інфузій по 200 мг; по 1000 мг; 1 флакон з порошком з маркуванням українською мовою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; 1 флакон з порошком в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**315700-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН МЕДАК, порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 200 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1000 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1500 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**315700-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН МЕДАК, порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 200 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1000 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1500 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**315700-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН МЕДАК, порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 200 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1000 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1500 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**315700-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН МЕДАК, порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 200 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1000 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1500 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**315700-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН МЕДАК, порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 200 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1000 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1500 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**315700-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН МЕДАК, порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 200 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1000 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1500 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**315700-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН МЕДАК, порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 200 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1000 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1500 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**315700-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН МЕДАК, порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 200 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1000 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1500 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**315700-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН МЕДАК, порошок для приготування р по 200 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/ по 1000 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/ по 1500 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**310480-24/В-45 від 19.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН-ФАРМЕКС, ліофілізат для розчину для контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунк**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**310480-24/В-45 від 19.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН-ФАРМЕКС, ліофілізат для розчину для контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунк**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**310480-24/В-45 від 19.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН-ФАРМЕКС, ліофілізат для розчину для контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунк**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**310480-24/В-45 від 19.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН-ФАРМЕКС, ліофілізат для розчину для контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунк**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**310480-24/В-45 від 19.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН-ФАРМЕКС, ліофілізат для розчину для контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунк**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**310480-24/В-45 від 19.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН-ФАРМЕКС, ліофілізат для розчину для контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунк**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**312936-24/3-140 від 28.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕНСУЛІН М30, суспензія для ін'єкцій, 100 ОД/мл; по мл в картриджі; по 5 картриджів у блістері; по 1 блісте флаконів у пластиковій касеті; по 1 касеті у коробці; ін касеті; по 1 касеті у коробці**
Заявник	**БІОТОН С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312936-24/3-140 від 28.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕНСУЛІН М30, суспензія для ін'єкцій, 100 ОД/мл; по мл в картриджі; по 5 картриджів у блістері; по 1 блісте флаконів у пластиковій касеті; по 1 касеті у коробці; ін касеті; по 1 касеті у коробці**
Заявник	**БІОТОН С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**312936-24/3-140 від 28.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕНСУЛІН М30, суспензія для ін'єкцій, 100 ОД/мл; по мл в картриджі; по 5 картриджів у блістері; по 1 блісте флаконів у пластиковій касеті; по 1 касеті у коробці; ін касеті; по 1 касеті у коробці**
Заявник	**БІОТОН С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**318786-24/З-144 від 15.07.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІДРОКОРТИЗОН 10 МГ МІБЕ®, таблетки по 10 мг п**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**318786-24/3-144 від 15.07.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІДРОКОРТИЗОН 10 МГ МІБЕ®, таблетки по 10 мг п**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**318786-24/3-144 від 15.07.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІДРОКОРТИЗОН 10 МГ МІБЕ®, таблетки по 10 мг п**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**318297-24/З-147 від 04.07.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІДРОКОРТИЗОН РОМФАРМ, порошок для розчину картонній пачці**
Заявник	**ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**318297-24/З-147 від 04.07.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІДРОКОРТИЗОН РОМФАРМ, порошок для розчину картонній пачці**
Заявник	**ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**318297-24/3-147 від 04.07.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІДРОКОРТИЗОН РОМФАРМ, порошок для розчину картонній пачці**
Заявник	**ЕлЕлСі Ромфарм Компані Джорджия, Грузія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**317564-24/3-147 від 20.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЕНЦЕТ ЕДВАНС, таблетки, вкриті плівковою обол картонній коробці;**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**317564-24/3-147 від 20.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЕНЦЕТ ЕДВАНС, таблетки, вкриті плівковою обол картонній коробці;**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**317564-24/3-147 від 20.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЕНЦЕТ ЕДВАНС, таблетки, вкриті плівковою обол картонній коробці;**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**296324-23/В-45 від 19.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОЗА, розчин для інфузій, 50 мг/мл, по 200 мл або**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**296324-23/В-45 від 19.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОЗА, розчин для інфузій, 50 мг/мл, по 200 мл або**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**296324-23/В-45 від 19.06.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОЗА, розчин для інфузій, 50 мг/мл, по 200 мл або**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**298040-23/3-98 від 19.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРОПРИНОЗИН® ФОРТЕ , таблетки по 1000 мг по 10**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**298040-23/3-98 від 19.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРОПРИНОЗИН® ФОРТЕ , таблетки по 1000 мг по 10**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**298040-23/3-98 від 19.07.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРОПРИНОЗИН® ФОРТЕ , таблетки по 1000 мг по 10**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**318110-24/В-28 від 01.07.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСТРОМЕТОРФАНУ ГІДРОБРОМІД, порошок (су фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**318110-24/В-28 від 01.07.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСТРОМЕТОРФАНУ ГІДРОБРОМІД, порошок (су фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**318110-24/В-28 від 01.07.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСТРОМЕТОРФАНУ ГІДРОБРОМІД, порошок (су фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**248901-20/3-86 від 09.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕЛЬТАЦЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій або і зняття з розгляду на етапі спеціалізованої експертизи з**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**248901-20/3-86 від 09.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕЛЬТАЦЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій або і зняття з розгляду на етапі спеціалізованої експертизи з**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**248901-20/3-86 від 09.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕЛЬТАЦЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій або і зняття з розгляду на етапі спеціалізованої експертизи з**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**313291-24/3-28 від 04.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА ВОДНИЙ ГЕЛЬ, гель, 1 мг/г по 15 г у тубі; по**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313291-24/3-28 від 04.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА ВОДНИЙ ГЕЛЬ, гель, 1 мг/г по 15 г у тубі; по**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313291-24/3-28 від 04.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА ВОДНИЙ ГЕЛЬ, гель, 1 мг/г по 15 г у тубі; по**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**317943-24/3-147 від 27.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА ВОДНИЙ ГЕЛЬ, гель, 1 мг/г; по 5 г або по 15**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**317943-24/3-147 від 27.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА ВОДНИЙ ГЕЛЬ, гель, 1 мг/г; по 5 г або по 15**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**317943-24/3-147 від 27.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА ВОДНИЙ ГЕЛЬ, гель, 1 мг/г; по 5 г або по 15**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**317939-24/3-146 від 27.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА С ГЕЛЬ, гель; по 5 г або по 15 г у тубі; по 1 ту**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**317939-24/3-146 від 27.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА С ГЕЛЬ, гель; по 5 г або по 15 г у тубі; по 1 ту**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**317939-24/3-146 від 27.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА С ГЕЛЬ, гель; по 5 г або по 15 г у тубі; по 1 ту**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

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

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

Реєстраційна форма, дата	**313288-24/3-28 від 04.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА С ГЕЛЬ, гель по 15 г у тубі; по 1 тубі в картон**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313288-24/3-28 від 04.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА С ГЕЛЬ, гель по 15 г у тубі; по 1 тубі в карто**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**313288-24/3-28 від 04.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА С ГЕЛЬ, гель по 15 г у тубі; по 1 тубі в карто**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317938-24/3-147 від 27.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА С МС, гель; по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонн**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317938-24/3-147 від 27.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА С МС, гель; по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонн**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317938-24/3-147 від 27.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРИВА С МС, гель; по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонн**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312346-24/3-146 від 19.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИКЛАК® ЛІПОГЕЛЬ, гель 1 %; по 50 г у тубі; по 1 ту**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312346-24/3-146 від 19.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИКЛАК® ЛІПОГЕЛЬ, гель 1 %; по 50 г у тубі; по 1 ту**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312346-24/3-146 від 19.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИКЛАК® ЛІПОГЕЛЬ, гель 1 %; по 50 г у тубі; по 1 ту**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**292158-23/В-45 від 11.04.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИКЛОФЕНАК НАТРІЮ (БУЛО: ДИКЛОФЕНАК N), картону**
Заявник	**ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**292158-23/В-45 від 11.04.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИКЛОФЕНАК НАТРІЮ (БУЛО: ДИКЛОФЕНАК N), картону**
Заявник	**ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**292158-23/В-45 від 11.04.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИКЛОФЕНАК НАТРІЮ (БУЛО: ДИКЛОФЕНАК N), картону**
Заявник	**ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314250-24/B-116, 314251-24/B-116 від 23.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИКЛОФЕНАК-ДАРНИЦЯ, таблетки, вкриті оболонк чарунковій упаковці; по 3 контурні чарункові упаковк**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314250-24/В-116, 314251-24/В-116 від 23.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИКЛОФЕНАК-ДАРНИЦЯ, таблетки, вкриті оболонк чарунковій упаковці; по 3 контурні чарункові упаковк**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314250-24/В-116, 314251-24/В-116 від 23.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИКЛОФЕНАК-ДАРНИЦЯ, таблетки, вкриті оболонк чарунковій упаковці; по 3 контурні чарункові упаковк**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312055-24/3-144 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЛАЗОН®, розчин для інфузій, 2 мг/мл, по 100 мл у**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312055-24/3-144 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЛАЗОН®, розчин для інфузій, 2 мг/мл, по 100 мл у**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312055-24/3-144 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЛАЗОН®, розчин для інфузій, 2 мг/мл, по 100 мл у**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313749-24/B-39 від 12.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІОКОР 80, ДІОКОР 160, таблетки, вкриті плівковою блістері; по 1, по 3, по 4 або по 9 блістерів у пачці з кар**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІС**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313749-24/В-39 від 12.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІОКОР 80, ДІОКОР 160, таблетки, вкриті плівковою блістері; по 1, по 3, по 4 або по 9 блістерів у пачці з кар**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313749-24/В-39 від 12.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІОКОР 80, ДІОКОР 160, таблетки, вкриті плівковою блістері; по 1, по 3, по 4 або по 9 блістерів у пачці з кар**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313749-24/B-39 від 12.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІОКОР 80, ДІОКОР 160, таблетки, вкриті плівковою блістері; по 1, по 3, по 4 або по 9 блістерів у пачці з кар**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІС**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313749-24/В-39 від 12.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІОКОР 80, ДІОКОР 160, таблетки, вкриті плівковою блістері; по 1, по 3, по 4 або по 9 блістерів у пачці з кар**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313749-24/В-39 від 12.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІОКОР 80, ДІОКОР 160, таблетки, вкриті плівковою блістері; по 1, по 3, по 4 або по 9 блістерів у пачці з кар**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303463-23/3-100, 318625-24/3-100 від 23.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗАМЕД , краплі очні, розчин, 20 мг/мл; по 5 мл у ф коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303463-23/З-100, 318625-24/З-100 від 23.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗАМЕД , краплі очні, розчин, 20 мг/мл; по 5 мл у ф коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303463-23/З-100, 318625-24/З-100 від 23.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗАМЕД , краплі очні, розчин, 20 мг/мл; по 5 мл у ф коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303463-23/3-100, 318625-24/3-100 від 23.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗАМЕД , краплі очні, розчин, 20 мг/мл; по 5 мл у ф коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303463-23/З-100, 318625-24/З-100 від 23.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗАМЕД , краплі очні, розчин, 20 мг/мл; по 5 мл у ф коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303463-23/З-100, 318625-24/З-100 від 23.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗАМЕД , краплі очні, розчин, 20 мг/мл; по 5 мл у ф коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313100-24/З-146 від 02.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОЦЕТАКСЕЛ АМАКСА, концентрат для розчину для по 1 мл, 4 мл або 8 мл у флаконі з маркуванням україн українською та англійською мовами; по 1 мл, 4 мл або 8 мл у флаконі; по 1 флакону в карто**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313100-24/З-146 від 02.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОЦЕТАКСЕЛ АМАКСА, концентрат для розчину дл** **по 1 мл, 4 мл або 8 мл у флаконі з маркуванням україн** **українською та англійською мовами;** **по 1 мл, 4 мл або 8 мл у флаконі; по 1 флакону в карто**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313100-24/3-146 від 02.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОЦЕТАКСЕЛ АМАКСА, концентрат для розчину дл** **по 1 мл, 4 мл або 8 мл у флаконі з маркуванням україн** **українською та англійською мовами;** **по 1 мл, 4 мл або 8 мл у флаконі; по 1 флакону в карто**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311160-24/3-45 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗИСТА, капсули тверді, по 75 мг або 150 мг; по 14 к**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311160-24/3-45 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗИСТА, капсули тверді, по 75 мг або 150 мг; по 14 к**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311160-24/3-45 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗИСТА, капсули тверді, по 75 мг або 150 мг; по 14 к**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311160-24/3-45 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗИСТА, капсули тверді, по 75 мг або 150 мг; по 14 к**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311160-24/3-45 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗИСТА, капсули тверді, по 75 мг або 150 мг; по 14 к**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311160-24/3-45 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКЗИСТА, капсули тверді, по 75 мг або 150 мг; по 14 к**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317893-24/3-144 від 26.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІФОР, таблетки пролонгованої дії по 50 мг або по 10**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317893-24/3-144 від 26.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІФОР, таблетки пролонгованої дії по 50 мг або по 10**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317893-24/3-144 від 26.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІФОР, таблетки пролонгованої дії по 50 мг або по 10**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317893-24/3-144 від 26.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІФОР, таблетки пролонгованої дії по 50 мг або по 10**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317893-24/3-144 від 26.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІФОР, таблетки пролонгованої дії по 50 мг або по 10**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317893-24/3-144 від 26.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЛІФОР, таблетки пролонгованої дії по 50 мг або по 10**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317970-24/3-100, 317971-24/3-100, 317972-24/3-100, 31797 317977-24/3-100, 317978-24/3-100 від 28.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕМОКЛОТ, порошок та розчинник для розчину для ін комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у коробці з маркуванням українською мовою; порошок 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (розчинення і введення у картонній коробці з маркуван**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317970-24/3-100, 317971-24/3-100, 317972-24/3-100, 31797 317977-24/3-100, 317978-24/3-100 від 28.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕМОКЛОТ, порошок та розчинник для розчину для ін комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у коробці з маркуванням українською мовою; порошок 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (розчинення і введення у картонній коробці з маркуван**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317970-24/3-100, 317971-24/3-100, 317972-24/3-100, 31797 317977-24/3-100, 317978-24/3-100 від 28.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕМОКЛОТ, порошок та розчинник для розчину для ін комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у коробці з маркуванням українською мовою; порошок 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (розчинення і введення у картонній коробці з маркуван**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317970-24/3-100, 317971-24/3-100, 317972-24/3-100, 31797 317977-24/3-100, 317978-24/3-100 від 28.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕМОКЛОТ, порошок та розчинник для розчину для ін комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у коробці з маркуванням українською мовою; порошок 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (розчинення і введення у картонній коробці з маркуван**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317970-24/3-100, 317971-24/3-100, 317972-24/3-100, 31797 317977-24/3-100, 317978-24/3-100 від 28.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕМОКЛОТ, порошок та розчинник для розчину для ін комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у коробці з маркуванням українською мовою; порошок 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (розчинення і введення у картонній коробці з маркуван**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317970-24/3-100, 317971-24/3-100, 317972-24/3-100, 31797 317977-24/3-100, 317978-24/3-100 від 28.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕМОКЛОТ, порошок та розчинник для розчину для ін комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у коробці з маркуванням українською мовою; порошок 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (розчинення і введення у картонній коробці з маркуван**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315902-24/3-123 від 24.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНДЖЕРИКС™-В / ENGERIX™-B ВАКЦИНА ДЛЯ П РЕКОМБІНАНТНА, суспензія для ін'єкцій, 20 мкг/1 м доза для дітей) у флаконі; по 1, або 10 або 25 скляних м для дорослих) та по 0,5 мл (10 мкг) (1 доза для дітей) у шприцу в картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315902-24/3-123 від 24.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНДЖЕРИКС™-В / ENGERIX™-B ВАКЦИНА ДЛЯ П РЕКОМБІНАНТНА, суспензія для ін'єкцій, 20 мкг/1 мл доза для дітей) у флаконі; по 1, або 10 або 25 скляних м для дорослих) та по 0,5 мл (10 мкг) (1 доза для дітей) у ш шприцу в картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315902-24/3-123 від 24.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНДЖЕРИКС™-В / ENGERIX™-B ВАКЦИНА ДЛЯ П РЕКОМБІНАНТНА, суспензія для ін'єкцій, 20 мкг/1 мл доза для дітей) у флаконі; по 1, або 10 або 25 скляних м для дорослих) та по 0,5 мл (10 мкг) (1 доза для дітей) у ш шприцу в картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303117-23/В-121 від 16.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТЕРОЖЕРМІНА® ФОРТЕ, суспензія оральна № 5: поліетиленовою перемичкою, у касеті в картонній коро з'єднаних між собою поліетиленовою перемичкою, у ка**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303117-23/В-121 від 16.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТЕРОЖЕРМІНА® ФОРТЕ, суспензія оральна № 5: поліетиленовою перемичкою, у касеті в картонній коро з'єднаних між собою поліетиленовою перемичкою, у ка**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303117-23/В-121 від 16.10.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТЕРОЖЕРМІНА® ФОРТЕ, суспензія оральна № 5: поліетиленовою перемичкою, у касеті в картонній коро з'єднаних між собою поліетиленовою перемичкою, у ка**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315384-24/В-146 від 15.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПІРУБІЦИН-ТЕВА, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл; по 5 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315384-24/B-146 від 15.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПІРУБІЦИН-ТЕВА, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл; по 5 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315384-24/B-146 від 15.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕПІРУБІЦИН-ТЕВА, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл; по 5 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316959-24/3-98 від 12.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРІУС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 коробці; по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери в карт**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316959-24/3-98 від 12.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРІУС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 коробці; по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери в карт**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316959-24/3-98 від 12.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРІУС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 коробці; по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери в карт**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307959-23/3-132, 307960-23/3-132, 307961-23/3-132, 30796**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМ-ВІСТА, таблетки, що диспергують блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 10 мг, по 15 таблеток в блістері; по 4 блістери у картонній коробі**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307959-23/3-132, 307960-23/3-132, 307961-23/3-132, 30796**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМ-ВІСТА, таблетки, що диспергують блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 10 мг, п 15 таблеток в блістері; по 4 блістери у картонній коробо**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307959-23/3-132, 307960-23/3-132, 307961-23/3-132, 30796**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМ-ВІСТА, таблетки, що диспергують блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 10 мг, п 15 таблеток в блістері; по 4 блістери у картонній коробо**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307959-23/3-132, 307960-23/3-132, 307961-23/3-132, 30796**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМ-ВІСТА, таблетки, що диспергують блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 10 мг, по 15 таблеток в блістері; по 4 блістери у картонній коробі**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307959-23/3-132, 307960-23/3-132, 307961-23/3-132, 30796**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМ-ВІСТА, таблетки, що диспергують блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 10 мг, п 15 таблеток в блістері; по 4 блістери у картонній коробо**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307959-23/3-132, 307960-23/3-132, 307961-23/3-132, 30796**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМ-ВІСТА, таблетки, що диспергують блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 10 мг, п 15 таблеток в блістері; по 4 блістери у картонній коробо**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307959-23/3-132, 307960-23/3-132, 307961-23/3-132, 30796**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМ-ВІСТА, таблетки, що диспергують блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 10 мг, по 15 таблеток в блістері; по 4 блістери у картонній коробі**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307959-23/3-132, 307960-23/3-132, 307961-23/3-132, 30796**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМ-ВІСТА, таблетки, що диспергують блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 10 мг, п 15 таблеток в блістері; по 4 блістери у картонній коробо**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307959-23/3-132, 307960-23/3-132, 307961-23/3-132, 30796**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМ-ВІСТА, таблетки, що диспергують блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 10 мг, п 15 таблеток в блістері; по 4 блістери у картонній коробо**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310951-24/3-142 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТОРІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістері; по 1 або по 4 блістери в коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310951-24/3-142 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТОРІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістері; по 1 або по 4 блістери в коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310951-24/3-142 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТОРІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістері; по 1 або по 4 блістери в коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310951-24/3-142 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТОРІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістері; по 1 або по 4 блістери в коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310951-24/3-142 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТОРІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістері; по 1 або по 4 блістери в коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310951-24/3-142 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТОРІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістері; по 1 або по 4 блістери в коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310951-24/3-142 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТОРІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістері; по 1 або по 4 блістери в коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310951-24/3-142 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТОРІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістері; по 1 або по 4 блістери в коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310951-24/3-142 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТОРІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістері; по 1 або по 4 блістери в коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310951-24/3-142 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТОРІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістері; по 1 або по 4 блістери в коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310951-24/3-142 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТОРІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістері; по 1 або по 4 блістери в коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310951-24/3-142 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТОРІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістері; по 1 або по 4 блістери в коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315485-24/3-143 від 17.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОМОНТ, таблетки жувальні, по 4 мг або по 5 мг, п**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315485-24/3-143 від 17.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОМОНТ, таблетки жувальні, по 4 мг або по 5 мг, п**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315485-24/3-143 від 17.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОМОНТ, таблетки жувальні, по 4 мг або по 5 мг, п**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315485-24/3-143 від 17.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОМОНТ, таблетки жувальні, по 4 мг або по 5 мг, п**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315485-24/3-143 від 17.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОМОНТ, таблетки жувальні, по 4 мг або по 5 мг, п**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315485-24/3-143 від 17.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОМОНТ, таблетки жувальні, по 4 мг або по 5 мг, п**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317299-24/З-143 від 17.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗЕРБАКСА®, порошок для концентрату для розчину д коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317299-24/3-143 від 17.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗЕРБАКСА®, порошок для концентрату для розчину д коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317299-24/3-143 від 17.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗЕРБАКСА®, порошок для концентрату для розчину д коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312743-24/3-116 від 26.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОЛТА, концентрат для розчину для інфузій, 4 мг/5 мл маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312743-24/3-116 від 26.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОЛТА, концентрат для розчину для інфузій, 4 мг/5 мл маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312743-24/3-116 від 26.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОЛТА, концентрат для розчину для інфузій, 4 мг/5 мл маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315685-24/3-146 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБЕРОГАСТ®, краплі оральні по 20 мл або 50 мл, або 1**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315685-24/3-146 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБЕРОГАСТ®, краплі оральні по 20 мл або 50 мл, або 1**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315685-24/3-146 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБЕРОГАСТ®, краплі оральні по 20 мл або 50 мл, або 1**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313475-24/B-96 від 08.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг або по 400**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313475-24/В-96 від 08.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг або по 400**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313475-24/B-96 від 08.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг або по 400**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313475-24/B-96 від 08.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг або по 400**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313475-24/В-96 від 08.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг або по 400**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313475-24/B-96 від 08.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг або по 400**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310968-24/В-45 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНБУТОЛ®, концентрат для розчину для інфузій, 100 м**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310968-24/В-45 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНБУТОЛ®, концентрат для розчину для інфузій, 100 м**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310968-24/В-45 від 26.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНБУТОЛ®, концентрат для розчину для інфузій, 100 м**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314951-24/В-60 від 07.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНСУЛІН ЛЮДСЬКИЙ (ДНК-РЕКОМБІНАНТНИЙ), фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "СМАРТФАРМА ГРУП", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314951-24/В-60 від 07.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНСУЛІН ЛЮДСЬКИЙ (ДНК-РЕКОМБІНАНТНИЙ), фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "СМАРТФАРМА ГРУП", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314951-24/В-60 від 07.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНСУЛІН ЛЮДСЬКИЙ (ДНК-РЕКОМБІНАНТНИЙ), фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "СМАРТФАРМА ГРУП", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313493-24/3-123, 313494-24/3-123, 313495-24/3-123, 31349**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНТЕСТІФАГ® БАКТЕРІОФАГ ПОЛІВАЛЕНТНИЙ, упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці та 4 кри картону; по 10 мл у флаконі; по 4 флакони в контурній пачці з картону; по 20 мл у флаконі; по 4 флакони в ко в пачці з картону; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону в п**
Заявник	**НЕО ПРОБІО КЕАР ІНК., Канада**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313493-24/3-123, 313494-24/3-123, 313495-24/3-123, 31349**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНТЕСТІФАГ® БАКТЕРІОФАГ ПОЛІВАЛЕНТНИЙ, упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці та 4 кри картону; по 10 мл у флаконі; по 4 флакони в контурній пачці з картону; по 20 мл у флаконі; по 4 флакони в ко в пачці з картону; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону в п**
Заявник	**НЕО ПРОБІО КЕАР ІНК., Канада**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313493-24/3-123, 313494-24/3-123, 313495-24/3-123, 31349**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНТЕСТІФАГ® БАКТЕРІОФАГ ПОЛІВАЛЕНТНИЙ, упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці та 4 кри картону; по 10 мл у флаконі; по 4 флакони в контурній пачці з картону; по 20 мл у флаконі; по 4 флакони в ко в пачці з картону; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону в п**
Заявник	**НЕО ПРОБІО КЕАР ІНК., Канада**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312668-24/3-100, 312669-24/3-100 від 25.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІПІГРИКС®, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл, 15 мг/мл; по чарункові упаковки (піддони) у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312668-24/3-100, 312669-24/3-100 від 25.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІПІГРИКС®, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл, 15 мг/мл; по чарункові упаковки (піддони) у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312668-24/3-100, 312669-24/3-100 від 25.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІПІГРИКС®, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл, 15 мг/мл; по чарункові упаковки (піддони) у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312673-24/3-100 від 25.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІПІГРИКС®, таблетки по 20 мг; по 25 таблеток у бліст**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312673-24/З-100 від 25.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІПІГРИКС®, таблетки по 20 мг; по 25 таблеток у бліст**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312673-24/З-100 від 25.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІПІГРИКС®, таблетки по 20 мг; по 25 таблеток у бліст**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312668-24/3-100, 312669-24/3-100 від 25.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІПІГРИКС®, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл, 15 мг/мл; по чарункові упаковки (піддони) у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312668-24/3-100, 312669-24/3-100 від 25.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІПІГРИКС®, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл, 15 мг/мл; по чарункові упаковки (піддони) у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312668-24/3-100, 312669-24/3-100 від 25.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІПІГРИКС®, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл, 15 мг/мл; по чарункові упаковки (піддони) у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313448-24/3-147 від 08.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІРИНОТЕКАН АМАКСА, концентрат для розчину для флакону в картонній коробці**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313448-24/3-147 від 08.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІРИНОТЕКАН АМАКСА, концентрат для розчину для флакону в картонній коробці**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313448-24/3-147 від 08.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІРИНОТЕКАН АМАКСА, концентрат для розчину для флакону в картонній коробці**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317940-24/3-147 від 27.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДИБІОТИК, краплі вушні; по 5 мл у флаконі; по 1 поліетиленовий пакетик у картонній коробці;**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317940-24/3-147 від 27.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДИБІОТИК, краплі вушні; по 5 мл у флаконі; по 1 поліетиленовий пакетик у картонній коробці;**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317940-24/3-147 від 27.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДИБІОТИК, краплі вушні; по 5 мл у флаконі; по 1 поліетиленовий пакетик у картонній коробці;**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317565-24/3-147 від 20.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД, розчин для зовнішнього застосування, 10 мг/ відкриття; по 1 флакону в картонній упаковці;**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317565-24/3-147 від 20.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД, розчин для зовнішнього застосування, 10 мг/ відкриття; по 1 флакону в картонній упаковці;**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317565-24/3-147 від 20.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД, розчин для зовнішнього застосування, 10 мг/ відкриття; по 1 флакону в картонній упаковці;**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317634-24/3-144 від 21.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД, крем, 10 мг/1 г по 20 г у тубі; по 1 тубі в карто**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317634-24/3-144 від 21.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД, крем, 10 мг/1 г по 20 г у тубі; по 1 тубі в карто**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317634-24/3-144 від 21.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД, крем, 10 мг/1 г по 20 г у тубі; по 1 тубі в карто**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317633-24/3-144 від 21.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД, порошок нашкірний, 10 мг/г по 30 г у флако**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317633-24/3-144 від 21.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД, порошок нашкірний, 10 мг/г по 30 г у флакон**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317633-24/3-144 від 21.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД, порошок нашкірний, 10 мг/г по 30 г у флакон**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317566-24/3-147 від 20.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД, розчин для ротової порожнини 1 %; по 15 мл першого відкриття; по 1 флакону в картонній упаковц**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317566-24/3-147 від 20.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД, розчин для ротової порожнини 1 %; по 15 мл першого відкриття; по 1 флакону в картонній упаковц**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317566-24/3-147 від 20.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД, розчин для ротової порожнини 1 %; по 15 мл першого відкриття; по 1 флакону в картонній упаковц**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317636-24/3-100 від 24.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД-Б, крем; по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній у**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317636-24/3-100 від 24.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД-Б, крем; по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній у**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317636-24/3-100 від 24.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІД-Б, крем; по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній у**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317635-24/3-144 від 21.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІДЕРМ, крем по 15 г крему в тубі; по 1 тубі в кар**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317635-24/3-144 від 21.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІДЕРМ, крем по 15 г крему в тубі; по 1 тубі в кар**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317635-24/3-144 від 21.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНДІДЕРМ, крем по 15 г крему в тубі; по 1 тубі в кар**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316960-24/3-98 від 12.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНЕСПОР®, крем 1 % по 15 г в алюмінієвій тубі; по**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316960-24/3-98 від 12.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНЕСПОР®, крем 1 % по 15 г в алюмінієвій тубі; по**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316960-24/3-98 від 12.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНЕСПОР®, крем 1 % по 15 г в алюмінієвій тубі; по**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317021-24/3-124 від 12.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНЕСПОР® НАБІР, мазь для зовнішнього застосува смужками водостійкого пластиру № 15, скребком для н мовами**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317021-24/3-124 від 12.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНЕСПОР® НАБІР, мазь для зовнішнього застосува смужками водостійкого пластиру № 15, скребком для н мовами**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317021-24/3-124 від 12.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНЕСПОР® НАБІР, мазь для зовнішнього застосува смужками водостійкого пластиру № 15, скребком для н мовами**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316327-24/З-147 від 03.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНЕСТЕН®, таблетки вагінальні по 100 мг; по 6 таб картонній коробці;**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316327-24/3-147 від 03.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНЕСТЕН®, таблетки вагінальні по 100 мг; по 6 табл картонній коробці;**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316327-24/З-147 від 03.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНЕСТЕН®, таблетки вагінальні по 100 мг; по 6 табл картонній коробці;**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316313-24/З-147 від 03.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНЕСТЕН®, таблетки вагінальні по 200 мг; по 3 таб в комплекті з аплікатором в картонній коробці з марку**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316313-24/З-147 від 03.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНЕСТЕН®, таблетки вагінальні по 200 мг; по 3 табл в комплекті з аплікатором в картонній коробці з марку**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316313-24/З-147 від 03.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНЕСТЕН®, таблетки вагінальні по 200 мг; по 3 табл в комплекті з аплікатором в картонній коробці з марку**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316938-24/В-97 від 11.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІО-ГРАН, гранули, по 10 г у пеналі або флаконі з гранул у контейнері з дозуванням, по 2 контейнери в п**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГО**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316938-24/В-97 від 11.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІО-ГРАН, гранули, по 10 г у пеналі або флаконі з гранул у контейнері з дозуванням, по 2 контейнери в п**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГО**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316938-24/В-97 від 11.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІО-ГРАН, гранули, по 10 г у пеналі або флаконі з гранул у контейнері з дозуванням, по 2 контейнери в п**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА Г**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**318023-24/3-144 від 28.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТО ПЛЮС, шампунь по 60 мл або по 150 мл у флак**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**318023-24/3-144 від 28.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТО ПЛЮС, шампунь по 60 мл або по 150 мл у флак**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**318023-24/3-144 від 28.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТО ПЛЮС, шампунь по 60 мл або по 150 мл у флак**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313006-24/В-138 від 01.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІНЕЙРОН, капсули тверді по 75 мг або по 150 мг, або в пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313006-24/B-138 від 01.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІНЕЙРОН, капсули тверді по 75 мг або по 150 мг, або в пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313006-24/B-138 від 01.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІНЕЙРОН, капсули тверді по 75 мг або по 150 мг, або в пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313006-24/В-138 від 01.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІНЕЙРОН, капсули тверді по 75 мг або по 150 мг, або в пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313006-24/B-138 від 01.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІНЕЙРОН, капсули тверді по 75 мг або по 150 мг, або в пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313006-24/B-138 від 01.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІНЕЙРОН, капсули тверді по 75 мг або по 150 мг, або в пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313006-24/В-138 від 01.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІНЕЙРОН, капсули тверді по 75 мг або по 150 мг, або в пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313006-24/B-138 від 01.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІНЕЙРОН, капсули тверді по 75 мг або по 150 мг, або в пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313006-24/B-138 від 01.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КІНЕЙРОН, капсули тверді по 75 мг або по 150 мг, або в пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317022-24/3-124 від 12.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАРИТИН®, таблетки по 10 мг; по 7 або 10 таблеток**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317022-24/3-124 від 12.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАРИТИН®, таблетки по 10 мг; по 7 або 10 таблеток**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317022-24/3-124 від 12.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАРИТИН®, таблетки по 10 мг; по 7 або 10 таблеток**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307186-23/3-139 від 18.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОПІДОГРЕЛЬ-САНОФІ, таблетки, вкриті плівково блістеру в картонній коробці; № 30 (30х1), № 90 (30х3): коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307186-23/3-139 від 18.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОПІДОГРЕЛЬ-САНОФІ, таблетки, вкриті плівково блістеру в картонній коробці; № 30 (30х1), № 90 (30х3): коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307186-23/3-139 від 18.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОПІДОГРЕЛЬ-САНОФІ, таблетки, вкриті плівково блістеру в картонній коробці; № 30 (30х1), № 90 (30х3): коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311463-24/3-132 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КО-ВАЛОДІП, таблетки, вкриті плівковою оболонкою мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 9 блістерів у ка**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311463-24/3-132 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КО-ВАЛОДІП, таблетки, вкриті плівковою оболонкою мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 9 блістерів у ка**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311463-24/3-132 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КО-ВАЛОДІП, таблетки, вкриті плівковою оболонкою мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 9 блістерів у ка**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311463-24/3-132 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КО-ВАЛОДІП, таблетки, вкриті плівковою оболонкою мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 9 блістерів у ка**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311463-24/3-132 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КО-ВАЛОДІП, таблетки, вкриті плівковою оболонкою мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 9 блістерів у ка**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311463-24/3-132 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КО-ВАЛОДІП, таблетки, вкриті плівковою оболонкою мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 9 блістерів у ка**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311463-24/3-132 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КО-ВАЛОДІП, таблетки, вкриті плівковою оболонкою мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 9 блістерів у ка**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311463-24/3-132 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КО-ВАЛОДІП, таблетки, вкриті плівковою оболонкою мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 9 блістерів у ка**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311463-24/3-132 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КО-ВАЛОДІП, таблетки, вкриті плівковою оболонкою мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 9 блістерів у ка**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315231-24/B-147, 315232-24/B-147 від 13.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОКАРБОКСИЛАЗИ ГІДРОХЛОРИД, розчин для ін`є 2 блістери у пачці;**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315231-24/В-147, 315232-24/В-147 від 13.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОКАРБОКСИЛАЗИ ГІДРОХЛОРИД, розчин для ін`є 2 блістери у пачці;**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315231-24/В-147, 315232-24/В-147 від 13.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОКАРБОКСИЛАЗИ ГІДРОХЛОРИД, розчин для ін`є 2 блістери у пачці;**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314370-24/B-144 від 24.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРДАРОН®, таблетки по 200 мг, № 30 (10х3): по 10 т по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній ко**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314370-24/В-144 від 24.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРДАРОН®, таблетки по 200 мг, № 30 (10х3): по 10 т по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній ко**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314370-24/B-144 від 24.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРДАРОН®, таблетки по 200 мг, № 30 (10х3): по 10 т по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній ко**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315849-24/3-139 від 22.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСЕФОКАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315849-24/3-139 від 22.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСЕФОКАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315849-24/3-139 від 22.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСЕФОКАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315849-24/3-139 від 22.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСЕФОКАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315849-24/3-139 від 22.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСЕФОКАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315849-24/3-139 від 22.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСЕФОКАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315852-24/3-139 від 22.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСЕФОКАМ®, порошок для розчину для ін'єкцій по 8 5 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315852-24/3-139 від 22.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСЕФОКАМ®, порошок для розчину для ін'єкцій по 8 5 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315852-24/3-139 від 22.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСЕФОКАМ®, порошок для розчину для ін'єкцій по 8 5 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253059-21/3-126 від 25.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОЛАР, розчин для ін'єкцій, 75 мг/0,5 мл; по 0,5 мл р закріпленою голкою та кришкою на голку; по 1 попере коробці;** **розчин для ін'єкцій, 150 мг/1 мл; по 1 мл розчину для ін та кришкою на голку; по 1 попередньо наповненому ш**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253059-21/3-126 від 25.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОЛАР, розчин для ін'єкцій, 75 мг/0,5 мл; по 0,5 мл р закріпленою голкою та кришкою на голку; по 1 попере коробці; розчин для ін'єкцій, 150 мг/1 мл; по 1 мл розчину для ін та кришкою на голку; по 1 попередньо наповненому ш**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253059-21/3-126 від 25.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОЛАР, розчин для ін'єкцій, 75 мг/0,5 мл; по 0,5 мл р закріпленою голкою та кришкою на голку; по 1 попере коробці; розчин для ін'єкцій, 150 мг/1 мл; по 1 мл розчину для ін та кришкою на голку; по 1 попередньо наповненому ш**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253059-21/3-126 від 25.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОЛАР, розчин для ін'єкцій, 75 мг/0,5 мл; по 0,5 мл р закріпленою голкою та кришкою на голку; по 1 попере коробці;** **розчин для ін'єкцій, 150 мг/1 мл; по 1 мл розчину для ін та кришкою на голку; по 1 попередньо наповненому ш**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253059-21/3-126 від 25.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОЛАР, розчин для ін'єкцій, 75 мг/0,5 мл; по 0,5 мл р закріпленою голкою та кришкою на голку; по 1 попере коробці; розчин для ін'єкцій, 150 мг/1 мл; по 1 мл розчину для ін та кришкою на голку; по 1 попередньо наповненому ш**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253059-21/3-126 від 25.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОЛАР, розчин для ін'єкцій, 75 мг/0,5 мл; по 0,5 мл р закріпленою голкою та кришкою на голку; по 1 попере коробці; розчин для ін'єкцій, 150 мг/1 мл; по 1 мл розчину для ін та кришкою на голку; по 1 попередньо наповненому ш**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313750-24/В-39 від 12.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАМОТРИН 25, ЛАМОТРИН 50, ЛАМОТРИН 100, та(3 або 6 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313750-24/В-39 від 12.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАМОТРИН 25, ЛАМОТРИН 50, ЛАМОТРИН 100, та(3 або 6 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313750-24/В-39 від 12.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАМОТРИН 25, ЛАМОТРИН 50, ЛАМОТРИН 100, та(3 або 6 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313750-24/В-39 від 12.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАМОТРИН 25, ЛАМОТРИН 50, ЛАМОТРИН 100, та(3 або 6 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313750-24/В-39 від 12.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАМОТРИН 25, ЛАМОТРИН 50, ЛАМОТРИН 100, та(3 або 6 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313750-24/В-39 від 12.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАМОТРИН 25, ЛАМОТРИН 50, ЛАМОТРИН 100, та(3 або 6 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313750-24/В-39 від 12.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАМОТРИН 25, ЛАМОТРИН 50, ЛАМОТРИН 100, та(3 або 6 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313750-24/В-39 від 12.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАМОТРИН 25, ЛАМОТРИН 50, ЛАМОТРИН 100, та(3 або 6 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313750-24/В-39 від 12.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАМОТРИН 25, ЛАМОТРИН 50, ЛАМОТРИН 100, та(3 або 6 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300985-23/3-116 від 06.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАФАКСИН® XR АСІНО, таблетки пролонгованої дії блістери у картонній коробці**
Заявник	**Дексель Фарма Технолоджиз Лтд., Ізраїль**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300985-23/З-116 від 06.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАФАКСИН® XR АСІНО, таблетки пролонгованої дії блістери у картонній коробці**
Заявник	**Дексель Фарма Технолоджиз Лтд., Ізраїль**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300985-23/З-116 від 06.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАФАКСИН® XR АСІНО, таблетки пролонгованої дії блістери у картонній коробці**
Заявник	**Дексель Фарма Технолоджиз Лтд., Ізраїль**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306036-23/3-139, 314749-24/3-139 від 30.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕКАДОЛ ЛОНГ, таблетки, вкриті плівковою оболон таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній коробці; таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у картонній кор**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306036-23/3-139, 314749-24/3-139 від 30.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕКАДОЛ ЛОНГ, таблетки, вкриті плівковою оболон таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній коробці; таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у картонній кор**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306036-23/3-139, 314749-24/3-139 від 30.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕКАДОЛ ЛОНГ, таблетки, вкриті плівковою оболон таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній коробці; таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у картонній кор**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315896-24/3-140 від 24.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕРКАМЕН® АПФ 10/10, таблетки, вкриті плівковою коробці**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А.**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315896-24/3-140 від 24.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕРКАМЕН® АПФ 10/10, таблетки, вкриті плівковою коробці**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А.**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315896-24/3-140 від 24.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕРКАМЕН® АПФ 10/10, таблетки, вкриті плівковою коробці**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А.**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306188-23/3-06 від 04.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕЗОЛІД-ГЕТЕРО, таблетки, вкриті плівковою обо картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306188-23/3-06 від 04.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕЗОЛІД-ГЕТЕРО, таблетки, вкриті плівковою обо картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306188-23/3-06 від 04.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕЗОЛІД-ГЕТЕРО, таблетки, вкриті плівковою обо картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313241-24/3-145 від 04.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕКС® , капсули тверді; по 32 капсули у флаконі; по 1 флакону в картонній кор по 8 капсул у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313241-24/3-145 від 04.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕКС® , капсули тверді; по 32 капсули у флаконі; по 1 флакону в картонній кор по 8 капсул у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313241-24/3-145 від 04.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕКС® , капсули тверді; по 32 капсули у флаконі; по 1 флакону в картонній кор по 8 капсул у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309478-24/В-142 від 30.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕЛІД, розчин для інфузій, 2 мг/мл, по 300 мл у кон полімерному контейнеру у вакуумній полімерній упак**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309478-24/В-142 від 30.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕЛІД, розчин для інфузій, 2 мг/мл, по 300 мл у кон полімерному контейнеру у вакуумній полімерній упак**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309478-24/В-142 від 30.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕЛІД, розчин для інфузій, 2 мг/мл, по 300 мл у кон полімерному контейнеру у вакуумній полімерній упак**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317088-24/3-126, 317089-24/3-126, 317090-24/3-126 від 13.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАП®, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг; № 30 (10х3), № 30 (15х2), № 60 (10х6), № 60 (15х4), № 90 по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або 9 блістерів у карто по 15 таблеток у блістері; по 2, 4 або 6 блістерів у карто**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317088-24/3-126, 317089-24/3-126, 317090-24/3-126 від 13.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАП®, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг; № 30 (10х3), № 30 (15х2), № 60 (10х6), № 60 (15х4), № 90 по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або 9 блістерів у карто по 15 таблеток у блістері; по 2, 4 або 6 блістерів у карто**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317088-24/3-126, 317089-24/3-126, 317090-24/3-126 від 13.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАП®, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг; № 30 (10х3), № 30 (15х2), № 60 (10х6), № 60 (15х4), № 90 по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або 9 блістерів у карто по 15 таблеток у блістері; по 2, 4 або 6 блістерів у карто**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317088-24/3-126, 317089-24/3-126, 317090-24/3-126 від 13.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАП®, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг; № 30 (10х3), № 30 (15х2), № 60 (10х6), № 60 (15х4), № 90 по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або 9 блістерів у карто по 15 таблеток у блістері; по 2, 4 або 6 блістерів у карто**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317088-24/3-126, 317089-24/3-126, 317090-24/3-126 від 13.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАП®, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг; № 30 (10х3), № 30 (15х2), № 60 (10х6), № 60 (15х4), № 90 по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або 9 блістерів у карто по 15 таблеток у блістері; по 2, 4 або 6 блістерів у карто**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317088-24/3-126, 317089-24/3-126, 317090-24/3-126 від 13.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАП®, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг; № 30 (10х3), № 30 (15х2), № 60 (10х6), № 60 (15х4), № 90 по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або 9 блістерів у карто по 15 таблеток у блістері; по 2, 4 або 6 блістерів у карто**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314573-24/З-137, 315817-24/З-121 від 21.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПЕНЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій або**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314573-24/3-137, 315817-24/3-121 від 21.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПЕНЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій або**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314573-24/3-137, 315817-24/3-121 від 21.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПЕНЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій або**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311154-24/3-132 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПРАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311154-24/З-132 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПРАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311154-24/З-132 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПРАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311154-24/3-132 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПРАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311154-24/З-132 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПРАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311154-24/З-132 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПРАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311154-24/3-132 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПРАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311154-24/З-132 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПРАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311154-24/З-132 від 28.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПРАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314143-24/3-06 від 19.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОФЛЮКОН, капсули по 50 мг, по 7 капсул у бліс блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314143-24/3-06 від 19.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОФЛЮКОН, капсули по 50 мг, по 7 капсул у бліс блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314143-24/3-06 від 19.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОФЛЮКОН, капсули по 50 мг, по 7 капсул у бліс блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314143-24/3-06 від 19.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОФЛЮКОН, капсули по 50 мг, по 7 капсул у бліс блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314143-24/3-06 від 19.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОФЛЮКОН, капсули по 50 мг, по 7 капсул у бліс блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314143-24/3-06 від 19.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОФЛЮКОН, капсули по 50 мг, по 7 капсул у бліс блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313641-24/3-123 від 11.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЗИМ® КАПСУЛИ 25000, капсули тверді з кишковоро поліпропілену; по 1 банці в картонній коробці**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А.**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313641-24/3-123 від 11.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЗИМ® КАПСУЛИ 25000, капсули тверді з кишковоро поліпропілену; по 1 банці в картонній коробці**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А.**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313641-24/3-123 від 11.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЗИМ® КАПСУЛИ 25000, капсули тверді з кишковоро поліпропілену; по 1 банці в картонній коробці**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А.**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313844-24/В-137 від 16.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКСИКАМ, таблетки по 0,0075 г або по 0,015 г; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Ук**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313844-24/В-137 від 16.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКСИКАМ, таблетки по 0,0075 г або по 0,015 г; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Ук**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313844-24/В-137 від 16.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКСИКАМ, таблетки по 0,0075 г або по 0,015 г; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Ук**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313844-24/В-137 від 16.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКСИКАМ, таблетки по 0,0075 г або по 0,015 г; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Ук**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313844-24/В-137 від 16.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКСИКАМ, таблетки по 0,0075 г або по 0,015 г; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Ук**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313844-24/В-137 від 16.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКСИКАМ, таблетки по 0,0075 г або по 0,015 г; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Ук**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310289-24/З-06, 310290-24/З-06, 310486-24/З-45 від 14.02.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРКАПТОПУРИН-ВІСТА, таблетки по 50 мг; по 25**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310289-24/3-06, 310290-24/3-06, 310486-24/3-45 від 14.02.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРКАПТОПУРИН-ВІСТА, таблетки по 50 мг; по 25**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310289-24/3-06, 310290-24/3-06, 310486-24/3-45 від 14.02.2**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРКАПТОПУРИН-ВІСТА, таблетки по 50 мг; по 25**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316017-24/З-121 від 28.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАЛІЗЕ®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 10 розчинником по 10 мл (вода для ін'єкцій) у комплекті з коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316017-24/3-121 від 28.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАЛІЗЕ®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 10 розчинником по 10 мл (вода для ін'єкцій) у комплекті з коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316017-24/3-121 від 28.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАЛІЗЕ®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 10 розчинником по 10 мл (вода для ін'єкцій) у комплекті з коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315702-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТАБ, таблетки по 2,5 мг; по 10 таблеток у блісте плівки в пачці; таблетки по 7,5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3 таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315702-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТАБ, таблетки по 2,5 мг; по 10 таблеток у блісте плівки в пачці; таблетки по 7,5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3 таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315702-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТАБ, таблетки по 2,5 мг; по 10 таблеток у блісте плівки в пачці; таблетки по 7,5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3 таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315702-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТАБ, таблетки по 2,5 мг; по 10 таблеток у блісте плівки в пачці; таблетки по 7,5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3 таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315702-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТАБ, таблетки по 2,5 мг; по 10 таблеток у блісте плівки в пачці; таблетки по 7,5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3 таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315702-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТАБ, таблетки по 2,5 мг; по 10 таблеток у блісте плівки в пачці; таблетки по 7,5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3 таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315702-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТАБ, таблетки по 2,5 мг; по 10 таблеток у блісте плівки в пачці; таблетки по 7,5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3 таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315702-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТАБ, таблетки по 2,5 мг; по 10 таблеток у блісте плівки в пачці; таблетки по 7,5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3 таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315702-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТАБ, таблетки по 2,5 мг; по 10 таблеток у блісте плівки в пачці; таблетки по 7,5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3 таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315616-24/3-146 від 20.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІЗОПРОСТОЛ, таблетки, по 200 мкг по 3 або по 4 таб**
Заявник	**Чайна Резоурзес Зіжу Фармас'ютікал Ко., Лтд., Китай**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315616-24/3-146 від 20.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІЗОПРОСТОЛ, таблетки, по 200 мкг по 3 або по 4 та**
Заявник	**Чайна Резоурзес Зіжу Фармас'ютікал Ко., Лтд., Китай**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315616-24/3-146 від 20.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІЗОПРОСТОЛ, таблетки, по 200 мкг по 3 або по 4 та**
Заявник	**Чайна Резоурзес Зіжу Фармас'ютікал Ко., Лтд., Китай**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314885-24/B-123 від 06.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАКСОЛ, таблетки по 0,25 мг або по 0,5 мг, або по 1**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничи**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314885-24/В-123 від 06.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАКСОЛ, таблетки по 0,25 мг або по 0,5 мг, або по 1**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничи**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314885-24/В-123 від 06.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАКСОЛ, таблетки по 0,25 мг або по 0,5 мг, або по 1**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничи**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314885-24/B-123 від 06.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАКСОЛ, таблетки по 0,25 мг або по 0,5 мг, або по 1**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничи**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314885-24/В-123 від 06.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАКСОЛ, таблетки по 0,25 мг або по 0,5 мг, або по 1**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничи**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314885-24/В-123 від 06.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАКСОЛ, таблетки по 0,25 мг або по 0,5 мг, або по 1**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничи**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314885-24/B-123 від 06.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАКСОЛ, таблетки по 0,25 мг або по 0,5 мг, або по 1**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничи**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314885-24/В-123 від 06.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАКСОЛ, таблетки по 0,25 мг або по 0,5 мг, або по 1**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничи**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314885-24/В-123 від 06.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАКСОЛ, таблетки по 0,25 мг або по 0,5 мг, або по 1**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничи**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315437-24/3-144 від 16.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАПЕКС®, таблетки по 0,25 мг або по 1 мг; по 10 та**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315437-24/3-144 від 16.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАПЕКС®, таблетки по 0,25 мг або по 1 мг; по 10 та**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315437-24/3-144 від 16.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАПЕКС®, таблетки по 0,25 мг або по 1 мг; по 10 та**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315437-24/3-144 від 16.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАПЕКС®, таблетки по 0,25 мг або по 1 мг; по 10 та**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315437-24/3-144 від 16.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАПЕКС®, таблетки по 0,25 мг або по 1 мг; по 10 та**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315437-24/3-144 від 16.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАПЕКС®, таблетки по 0,25 мг або по 1 мг; по 10 та**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315615-24/3-146 від 20.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІФЕПРИСТОН, таблетки по 200 мг по 1 або 3 таблет**
Заявник	**Чайна Резоурзес Зіжу Фармас'ютікал Ко., Лтд., Китай**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315615-24/3-146 від 20.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІФЕПРИСТОН, таблетки по 200 мг по 1 або 3 таблет**
Заявник	**Чайна Резоурзес Зіжу Фармас'ютікал Ко., Лтд., Китай**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315615-24/3-146 від 20.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІФЕПРИСТОН, таблетки по 200 мг по 1 або 3 таблет**
Заявник	**Чайна Резоурзес Зіжу Фармас'ютікал Ко., Лтд., Китай**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316558-24/З-116, 316559-24/З-116 від 06.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВІКСИКАМ® ОДТ, таблетки, що диспергуються в блістери у картонній пачці; по 15 мг, по 10 таблеток у б**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316558-24/3-116, 316559-24/3-116 від 06.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВІКСИКАМ® ОДТ, таблетки, що диспергуються в блістери у картонній пачці; по 15 мг, по 10 таблеток у 6**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316558-24/3-116, 316559-24/3-116 від 06.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВІКСИКАМ® ОДТ, таблетки, що диспергуються в блістери у картонній пачці; по 15 мг, по 10 таблеток у 6**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316558-24/З-116, 316559-24/З-116 від 06.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВІКСИКАМ® ОДТ, таблетки, що диспергуються в блістери у картонній пачці; по 15 мг, по 10 таблеток у б**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316558-24/3-116, 316559-24/3-116 від 06.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВІКСИКАМ® ОДТ, таблетки, що диспергуються в блістери у картонній пачці; по 15 мг, по 10 таблеток у 6**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316558-24/3-116, 316559-24/3-116 від 06.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВІКСИКАМ® ОДТ, таблетки, що диспергуються в блістери у картонній пачці; по 15 мг, по 10 таблеток у 6**
Заявник	**ТОВ "Мові Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309125-24/3-116 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИКУМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309125-24/З-116 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИКУМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309125-24/З-116 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИКУМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312464-24/B-96 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИФЛОКСАЦИНУ ГІДРОХЛОРИД , порошок (с фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312464-24/B-96 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИФЛОКСАЦИНУ ГІДРОХЛОРИД , порошок (с фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312464-24/B-96 від 21.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИФЛОКСАЦИНУ ГІДРОХЛОРИД , порошок (с фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316571-24/B-146 від 06.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МУЛЬТАК®, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг; N коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316571-24/В-146 від 06.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МУЛЬТАК®, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг; N коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316571-24/B-146 від 06.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МУЛЬТАК®, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг; N коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315701-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАВІРЕЛ, концентрат для приготування розчину для** **по 1 мл (10 мг) або 5 мл (50 мг) у флаконі; по 1 флакону**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315701-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАВІРЕЛ, концентрат для приготування розчину для** **по 1 мл (10 мг) або 5 мл (50 мг) у флаконі; по 1 флакону**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315701-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАВІРЕЛ, концентрат для приготування розчину для** **по 1 мл (10 мг) або 5 мл (50 мг) у флаконі; по 1 флакону**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате м**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317210-24/В-45 від 17.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЛБУФІН-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл, упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317210-24/В-45 від 17.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЛБУФІН-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл, упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317210-24/В-45 від 17.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЛБУФІН-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл, упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316772-24/З-147 від 10.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕЙРАКСИН® В, розчин для ін`єкцій; по 2 мл в ампу 2, або 5 контурних чарункових упаковок (піддонів) у па**
Заявник	**АТ "Калцекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316772-24/3-147 від 10.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕЙРАКСИН® В, розчин для ін`єкцій; по 2 мл в ампу 2, або 5 контурних чарункових упаковок (піддонів) у па**
Заявник	**АТ "Калцекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316772-24/3-147 від 10.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕЙРАКСИН® В, розчин для ін`єкцій; по 2 мл в ампу 2, або 5 контурних чарункових упаковок (піддонів) у па**
Заявник	**АТ "Калцекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308213-24/З-123 від 08.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІВЕСТИМ, розчин для ін'єкцій або інфузій по 12 млн (І класу) місткістю 1 мл; по 1 попередньо заповненому інфузій по 30 млн ОД (300 мкг)/0,5 мл; по 0,5 мл у попе попередньо заповнених шприців у блістері у картонній мл; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці (І клас блістері у картонній пачці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308213-24/3-123 від 08.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІВЕСТИМ, розчин для ін'єкцій або інфузій по 12 млн (І класу) місткістю 1 мл; по 1 попередньо заповненому інфузій по 30 млн ОД (300 мкг)/0,5 мл; по 0,5 мл у попе попередньо заповнених шприців у блістері у картонній мл; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці (І клас блістері у картонній пачці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308213-24/З-123 від 08.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІВЕСТИМ, розчин для ін'єкцій або інфузій по 12 млн (І класу) місткістю 1 мл; по 1 попередньо заповненому інфузій по 30 млн ОД (300 мкг)/0,5 мл; по 0,5 мл у попе попередньо заповнених шприців у блістері у картонній мл; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці (І клас блістері у картонній пачці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308213-24/З-123 від 08.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІВЕСТИМ, розчин для ін'єкцій або інфузій по 12 млн (І класу) місткістю 1 мл; по 1 попередньо заповненому інфузій по 30 млн ОД (300 мкг)/0,5 мл; по 0,5 мл у попе попередньо заповнених шприців у блістері у картонній мл; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці (І клас блістері у картонній пачці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308213-24/3-123 від 08.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІВЕСТИМ, розчин для ін'єкцій або інфузій по 12 млн (І класу) місткістю 1 мл; по 1 попередньо заповненому інфузій по 30 млн ОД (300 мкг)/0,5 мл; по 0,5 мл у попе попередньо заповнених шприців у блістері у картонній мл; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці (І клас блістері у картонній пачці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308213-24/З-123 від 08.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІВЕСТИМ, розчин для ін'єкцій або інфузій по 12 млн (І класу) місткістю 1 мл; по 1 попередньо заповненому інфузій по 30 млн ОД (300 мкг)/0,5 мл; по 0,5 мл у попе попередньо заповнених шприців у блістері у картонній мл; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці (І клас блістері у картонній пачці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308213-24/З-123 від 08.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІВЕСТИМ, розчин для ін'єкцій або інфузій по 12 млн (І класу) місткістю 1 мл; по 1 попередньо заповненому інфузій по 30 млн ОД (300 мкг)/0,5 мл; по 0,5 мл у попе попередньо заповнених шприців у блістері у картонній мл; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці (І клас блістері у картонній пачці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308213-24/3-123 від 08.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІВЕСТИМ, розчин для ін'єкцій або інфузій по 12 млн (І класу) місткістю 1 мл; по 1 попередньо заповненому інфузій по 30 млн ОД (300 мкг)/0,5 мл; по 0,5 мл у попе попередньо заповнених шприців у блістері у картонній мл; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці (І клас блістері у картонній пачці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308213-24/З-123 від 08.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІВЕСТИМ, розчин для ін'єкцій або інфузій по 12 млн (І класу) місткістю 1 мл; по 1 попередньо заповненому інфузій по 30 млн ОД (300 мкг)/0,5 мл; по 0,5 мл у попе попередньо заповнених шприців у блістері у картонній мл; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці (І клас блістері у картонній пачці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312027-24/B-116 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВОКАЇН, розчин для інфузій 0,25 %; розчин для ін**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312027-24/B-116 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВОКАЇН, розчин для інфузій 0,25 %; розчин для ін**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312027-24/В-116 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВОКАЇН, розчин для інфузій 0,25 %; розчин для ін**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312027-24/B-116 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВОКАЇН, розчин для інфузій 0,25 %; розчин для ін**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312027-24/B-116 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВОКАЇН, розчин для інфузій 0,25 %; розчин для ін**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312027-24/В-116 від 13.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВОКАЇН, розчин для інфузій 0,25 %; розчин для ін**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308658-24/3-146 від 18.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НУРОФЄН® ДЛЯ ДІТЕЙ , суспензія оральна з полуни флакону в комплекті зі шприцом-дозатором у картонн**
Заявник	**Реккітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед, Велика**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308658-24/3-146 від 18.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НУРОФЄН® ДЛЯ ДІТЕЙ , суспензія оральна з полуни флакону в комплекті зі шприцом-дозатором у картонні**
Заявник	**Реккітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед, Велика**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308658-24/3-146 від 18.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НУРОФЄН® ДЛЯ ДІТЕЙ , суспензія оральна з полуни флакону в комплекті зі шприцом-дозатором у картонні**
Заявник	**Реккітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед, Велика**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314268-24/B-45, 314269-24/B-45 від 24.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОГРАНІЯ®, капсули по 75 мг, по 7 капсул у блістері; п блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314268-24/B-45, 314269-24/B-45 від 24.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОГРАНІЯ®, капсули по 75 мг, по 7 капсул у блістері; п блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314268-24/B-45, 314269-24/B-45 від 24.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОГРАНІЯ®, капсули по 75 мг, по 7 капсул у блістері; п блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314268-24/B-45, 314269-24/B-45 від 24.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОГРАНІЯ®, капсули по 75 мг, по 7 капсул у блістері; п блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314268-24/B-45, 314269-24/B-45 від 24.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОГРАНІЯ®, капсули по 75 мг, по 7 капсул у блістері; п блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314268-24/B-45, 314269-24/B-45 від 24.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОГРАНІЯ®, капсули по 75 мг, по 7 капсул у блістері; п блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314268-24/B-45, 314269-24/B-45 від 24.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОГРАНІЯ®, капсули по 75 мг, по 7 капсул у блістері; п блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314268-24/B-45, 314269-24/B-45 від 24.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОГРАНІЯ®, капсули по 75 мг, по 7 капсул у блістері; п блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314268-24/B-45, 314269-24/B-45 від 24.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОГРАНІЯ®, капсули по 75 мг, по 7 капсул у блістері; п блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313511-24/3-100 від 09.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСАЛІПЛАТИН АМАКСА, концентрат для розчину маркуванням українською мовою; по 1 флакону в карт мовами; по 10 мл, 20 мл або 40 мл у флаконі; по 1 флак англійською мовами**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313511-24/3-100 від 09.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСАЛІПЛАТИН АМАКСА, концентрат для розчину маркуванням українською мовою; по 1 флакону в карт мовами; по 10 мл, 20 мл або 40 мл у флаконі; по 1 флак англійською мовами**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313511-24/3-100 від 09.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСАЛІПЛАТИН АМАКСА, концентрат для розчину маркуванням українською мовою; по 1 флакону в карт мовами; по 10 мл, 20 мл або 40 мл у флаконі; по 1 флак англійською мовами**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309740-24/В-124 від 02.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИБРИЗ, спрей назальний 0,05%; по 10 мл у поліет контролем першого розкриття у пачці з картону**
Заявник	**Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309740-24/В-124 від 02.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИБРИЗ, спрей назальний 0,05%; по 10 мл у поліет контролем першого розкриття у пачці з картону**
Заявник	**Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309740-24/В-124 від 02.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИБРИЗ, спрей назальний 0,05%; по 10 мл у поліет контролем першого розкриття у пачці з картону**
Заявник	**Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307059-23/В-124 від 13.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИСПРЕЙ, спрей назальний 0,05 %; по 10 мл у пол контролем першого відкриття у пачці з картону**
Заявник	**Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307059-23/В-124 від 13.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИСПРЕЙ, спрей назальний 0,05 %; по 10 мл у пол контролем першого відкриття у пачці з картону**
Заявник	**Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307059-23/В-124 від 13.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИСПРЕЙ, спрей назальний 0,05 %; по 10 мл у пол контролем першого відкриття у пачці з картону**
Заявник	**Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312388-24/3-123, 312389-24/3-123 від 20.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАНІН Ф 500 МО, ОКТАНІН Ф 1000 МО, порошок флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін для ін'єкцій по 5 мл) у картонній коробці разом з комп одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єк мл з порошком для розчину для ін'єкцій; картонна ко картонній коробці разом з комплектом для розчинення комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтр просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; ко**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Авс**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312388-24/3-123, 312389-24/3-123 від 20.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАНІН Ф 500 МО, ОКТАНІН Ф 1000 МО, порошок флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін для ін'єкцій по 5 мл) у картонній коробці разом з комп одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єк мл з порошком для розчину для ін'єкцій; картонна ко картонній коробці разом з комплектом для розчинення комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтр просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; ко**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Авс**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312388-24/3-123, 312389-24/3-123 від 20.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАНІН Ф 500 МО, ОКТАНІН Ф 1000 МО, порошок флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін для ін'єкцій по 5 мл) у картонній коробці разом з комп одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єк мл з порошком для розчину для ін'єкцій; картонна ко картонній коробці разом з комплектом для розчинення комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтр просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; ко**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Авс**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312865-24/3-100, 312866-24/3-100, 312867-24/3-100 від 28.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАНІН Ф 500 МО, ОКТАНІН Ф 1000 МО, порошок флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін для ін'єкцій по 5 мл) у картонній коробці разом з комп одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єк мл з порошком для розчину для ін'єкцій; картонна кор картонній коробці разом з комплектом для розчинення комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтро просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; ко**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Авс**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312865-24/3-100, 312866-24/3-100, 312867-24/3-100 від 28.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАНІН Ф 500 МО, ОКТАНІН Ф 1000 МО, порошок флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін для ін'єкцій по 5 мл) у картонній коробці разом з комп одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єк мл з порошком для розчину для ін'єкцій; картонна кор картонній коробці разом з комплектом для розчинення комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтро просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; ко**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Авс**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312865-24/3-100, 312866-24/3-100, 312867-24/3-100 від 28.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАНІН Ф 500 МО, ОКТАНІН Ф 1000 МО, порошок флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін для ін'єкцій по 5 мл) у картонній коробці разом з комп одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева г метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єкц мл з порошком для розчину для ін'єкцій; картонна кор картонній коробці разом з комплектом для розчинення комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтро просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; ко**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Авс**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312865-24/3-100, 312866-24/3-100, 312867-24/3-100 від 28.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАНІН Ф 500 МО, ОКТАНІН Ф 1000 МО, порошок флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін для ін'єкцій по 5 мл) у картонній коробці разом з комп одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єк мл з порошком для розчину для ін'єкцій; картонна кор картонній коробці разом з комплектом для розчинення комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтро просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; ко**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Авс**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312865-24/3-100, 312866-24/3-100, 312867-24/3-100 від 28.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАНІН Ф 500 МО, ОКТАНІН Ф 1000 МО, порошок флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін для ін'єкцій по 5 мл) у картонній коробці разом з комп одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єк мл з порошком для розчину для ін'єкцій; картонна кор картонній коробці разом з комплектом для розчинення комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтро просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; ко**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Авс**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312865-24/3-100, 312866-24/3-100, 312867-24/3-100 від 28.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАНІН Ф 500 МО, ОКТАНІН Ф 1000 МО, порошок флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін для ін'єкцій по 5 мл) у картонній коробці разом з комп одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева г метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єкц мл з порошком для розчину для ін'єкцій; картонна кор картонній коробці разом з комплектом для розчинення комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтро просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; ко**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Авс**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312388-24/3-123, 312389-24/3-123 від 20.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАНІН Ф 500 МО, ОКТАНІН Ф 1000 МО, порошок флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін для ін'єкцій по 5 мл) у картонній коробці разом з комп одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єк мл з порошком для розчину для ін'єкцій; картонна ко картонній коробці разом з комплектом для розчинення комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтр просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; ко**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Авс**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312388-24/3-123, 312389-24/3-123 від 20.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАНІН Ф 500 МО, ОКТАНІН Ф 1000 МО, порошок флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін для ін'єкцій по 5 мл) у картонній коробці разом з комп одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єк мл з порошком для розчину для ін'єкцій; картонна ко картонній коробці разом з комплектом для розчинення комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтр просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; ко**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Авс**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312388-24/3-123, 312389-24/3-123 від 20.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАНІН Ф 500 МО, ОКТАНІН Ф 1000 МО, порошок флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін для ін'єкцій по 5 мл) у картонній коробці разом з комп одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єк мл з порошком для розчину для ін'єкцій; картонна ко картонній коробці разом з комплектом для розчинення комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтр просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; ко**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Авс**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310832-24/3-128, 310833-24/3-128 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНІК ОКАС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою абсорбції по 0,4 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блісте**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310832-24/3-128, 310833-24/3-128 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНІК ОКАС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою абсорбції по 0,4 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блісте**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310832-24/3-128, 310833-24/3-128 від 22.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНІК ОКАС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою абсорбції по 0,4 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блісте**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310226-24/3-116 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОПІПРАМ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по**
Заявник	**ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310226-24/З-116 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОПІПРАМ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по**
Заявник	**ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310226-24/З-116 від 14.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОПІПРАМ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по**
Заявник	**ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306398-23/В-97 від 07.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФТАХРОМ, краплі очні, розчин, по 5 мл у флаконі; п**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306398-23/В-97 від 07.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФТАХРОМ, краплі очні, розчин, по 5 мл у флаконі; п**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306398-23/В-97 від 07.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФТАХРОМ, краплі очні, розчин, по 5 мл у флаконі; п**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306023-23/З-140, 311314-24/З-146 від 29.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАБАЛ, розчин для ін'єкцій, 100 мкг/мл по 1 мл у фла**
Заявник	**Феррінг ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306023-23/3-140, 311314-24/3-146 від 29.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАБАЛ, розчин для ін'єкцій, 100 мкг/мл по 1 мл у фла**
Заявник	**Феррінг ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306023-23/3-140, 311314-24/3-146 від 29.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАБАЛ, розчин для ін'єкцій, 100 мкг/мл по 1 мл у фла**
Заявник	**Феррінг ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315444-24/B-96, 315445-24/B-96 від 16.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНТЕКРЕМ®, крем 5 % по 30 г у тубі; по 1 тубі у пач**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315444-24/B-96, 315445-24/B-96 від 16.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНТЕКРЕМ®, крем 5 % по 30 г у тубі; по 1 тубі у пач**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315444-24/B-96, 315445-24/B-96 від 16.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНТЕКРЕМ®, крем 5 % по 30 г у тубі; по 1 тубі у пач**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313510-24/3-39 від 09.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНТОПРОТЕКТ , ліофілізат для розчину для ін'єкці картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313510-24/3-39 від 09.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНТОПРОТЕКТ , ліофілізат для розчину для ін'єкці картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313510-24/3-39 від 09.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНТОПРОТЕКТ , ліофілізат для розчину для ін'єкці картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307925-23/В-97 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕКТОЛВАН® А ЗІ СМАКОМ ЛІСОВИХ ЯГІД, сиро дозуючим шприцом в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307925-23/В-97 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕКТОЛВАН® А ЗІ СМАКОМ ЛІСОВИХ ЯГІД, сиро дозуючим шприцом в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307925-23/B-97 від 28.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕКТОЛВАН® А ЗІ СМАКОМ ЛІСОВИХ ЯГІД, сиро дозуючим шприцом в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308082-24/В-60 від 02.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕКТОЛВАН® А ЗІ СМАКОМ ПОЛУНИЦІ, сироп 30 дозувальною ложкою в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308082-24/В-60 від 02.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕКТОЛВАН® А ЗІ СМАКОМ ПОЛУНИЦІ, сироп 30 дозувальною ложкою в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308082-24/В-60 від 02.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕКТОЛВАН® А ЗІ СМАКОМ ПОЛУНИЦІ, сироп 30 дозувальною ложкою в пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314117-24/B-144 від 19.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЛАВІКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 75 мг, №2 коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314117-24/B-144 від 19.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЛАВІКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 75 мг, №2 коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314117-24/B-144 від 19.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЛАВІКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 75 мг, №2 коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314119-24/B-144 від 19.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЛАВІКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, п картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314119-24/B-144 від 19.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЛАВІКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, п картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314119-24/B-144 від 19.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЛАВІКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, п картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315014-24/3-123 від 08.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОЛАПРИЛ А, капсули тверді, по 5 мг/5 мг; капсули т капсул у блістері; по 3 або по 5 блістерів у картонній ко**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315014-24/3-123 від 08.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОЛАПРИЛ А, капсули тверді, по 5 мг/5 мг; капсули т капсул у блістері; по 3 або по 5 блістерів у картонній ко**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315014-24/3-123 від 08.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОЛАПРИЛ А, капсули тверді, по 5 мг/5 мг; капсули т капсул у блістері; по 3 або по 5 блістерів у картонній ко**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315014-24/3-123 від 08.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОЛАПРИЛ А, капсули тверді, по 5 мг/5 мг; капсули т капсул у блістері; по 3 або по 5 блістерів у картонній ко**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315014-24/3-123 від 08.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОЛАПРИЛ А, капсули тверді, по 5 мг/5 мг; капсули т капсул у блістері; по 3 або по 5 блістерів у картонній ко**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315014-24/3-123 від 08.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОЛАПРИЛ А, капсули тверді, по 5 мг/5 мг; капсули т капсул у блістері; по 3 або по 5 блістерів у картонній ко**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315014-24/3-123 від 08.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОЛАПРИЛ А, капсули тверді, по 5 мг/5 мг; капсули т капсул у блістері; по 3 або по 5 блістерів у картонній ко**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315014-24/3-123 від 08.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОЛАПРИЛ А, капсули тверді, по 5 мг/5 мг; капсули т капсул у блістері; по 3 або по 5 блістерів у картонній ко**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315014-24/3-123 від 08.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОЛАПРИЛ А, капсули тверді, по 5 мг/5 мг; капсули т капсул у блістері; по 3 або по 5 блістерів у картонній ко**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316010-24/B-61 від 28.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАКСІС, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4мл та 1000 мг/4 коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316010-24/В-61 від 28.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАКСІС, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4мл та 1000 мг/4 коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316010-24/В-61 від 28.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАКСІС, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4мл та 1000 мг/4 коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316010-24/B-61 від 28.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАКСІС, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4мл та 1000 мг/4 коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316010-24/В-61 від 28.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАКСІС, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4мл та 1000 мг/4 коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316010-24/В-61 від 28.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАКСІС, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4мл та 1000 мг/4 коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308691-24/В-142 від 18.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАМІПЕКСОЛ АСІНО, таблетки по 0,25 мг або по 1,**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308691-24/В-142 від 18.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАМІПЕКСОЛ АСІНО, таблетки по 0,25 мг або по 1,**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308691-24/В-142 від 18.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАМІПЕКСОЛ АСІНО, таблетки по 0,25 мг або по 1,**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308691-24/В-142 від 18.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАМІПЕКСОЛ АСІНО, таблетки по 0,25 мг або по 1,**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308691-24/В-142 від 18.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАМІПЕКСОЛ АСІНО, таблетки по 0,25 мг або по 1,**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308691-24/В-142 від 18.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАМІПЕКСОЛ АСІНО, таблетки по 0,25 мг або по 1,**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314193-24/3-06 від 22.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕГАБІО®, капсули по 25 мг; по 50 мг; по 75 мг; по 1 блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314782-24/3-139 від 03.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕНЕСА®, таблетки по 2 мг, по 4 мг, по 8 мг; по 10 т коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314782-24/3-139 від 03.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕНЕСА®, таблетки по 2 мг, по 4 мг, по 8 мг; по 10 т коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314782-24/3-139 від 03.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕНЕСА®, таблетки по 2 мг, по 4 мг, по 8 мг; по 10 т коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314782-24/3-139 від 03.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕНЕСА®, таблетки по 2 мг, по 4 мг, по 8 мг; по 10 т коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314782-24/3-139 від 03.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕНЕСА®, таблетки по 2 мг, по 4 мг, по 8 мг; по 10 т коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314782-24/3-139 від 03.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕНЕСА®, таблетки по 2 мг, по 4 мг, по 8 мг; по 10 т коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313726-24/3-146 від 12.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕФЕМІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, п картонній коробці з маркуванням українською мовою; коробці з маркуванням українською та румунською мо**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313726-24/3-146 від 12.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕФЕМІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, в картонній коробці з маркуванням українською мовою; коробці з маркуванням українською та румунською мо**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313726-24/3-146 від 12.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕФЕМІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, в картонній коробці з маркуванням українською мовою; коробці з маркуванням українською та румунською мо**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315155-24/3-143, 316163-24/3-143 від 10.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРИСМАСОЛ 2, розчин для гемофільтрації та гемодіа (мале відділення 250 мл і велике відділення 4750 мл, як клапан або крихкий ніпель), що упакований в прозору мл у двокомпонентному мішку з поліолефіну (мале від печатка і в люєрівському з'єднувачі присутній клапан картонній коробці**
Заявник	**Бакстер Холдінг Бі.Ві., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315155-24/3-143, 316163-24/3-143 від 10.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРИСМАСОЛ 2, розчин для гемофільтрації та гемодіа (мале відділення 250 мл і велике відділення 4750 мл, як клапан або крихкий ніпель), що упакований в прозору мл у двокомпонентному мішку з поліолефіну (мале від печатка і в люєрівському з'єднувачі присутній клапан картонній коробці**
Заявник	**Бакстер Холдінг Бі.Ві., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315155-24/3-143, 316163-24/3-143 від 10.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРИСМАСОЛ 2, розчин для гемофільтрації та гемодіа (мале відділення 250 мл і велике відділення 4750 мл, як клапан або крихкий ніпель), що упакований в прозору мл у двокомпонентному мішку з поліолефіну (мале від печатка і в люєрівському з'єднувачі присутній клапан картонній коробці**
Заявник	**Бакстер Холдінг Бі.Ві., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315167-24/3-124, 316190-24/3-124 від 10.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРИСМАСОЛ 4, розчин для гемофільтрації та гемодіа (мале відділення 250 мл і велике відділення 4750 мл, як клапан або крихкий ніпель), що упакований в прозору мл у двокомпонентному мішку з поліолефіну (мале від печатка і в люєрівському з'єднувачі присутній клапан картонній коробці**
Заявник	**Бакстер Холдінг Бі.Ві., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315167-24/3-124, 316190-24/3-124 від 10.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРИСМАСОЛ 4, розчин для гемофільтрації та гемодіа (мале відділення 250 мл і велике відділення 4750 мл, як клапан або крихкий ніпель), що упакований в прозору мл у двокомпонентному мішку з поліолефіну (мале від печатка і в люєрівському з'єднувачі присутній клапан картонній коробці**
Заявник	**Бакстер Холдінг Бі.Ві., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315167-24/3-124, 316190-24/3-124 від 10.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРИСМАСОЛ 4, розчин для гемофільтрації та гемодіа (мале відділення 250 мл і велике відділення 4750 мл, як клапан або крихкий ніпель), що упакований в прозору мл у двокомпонентному мішку з поліолефіну (мале від печатка і в люєрівському з'єднувачі присутній клапан картонній коробці**
Заявник	**Бакстер Холдінг Бі.Ві., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313625-24/3-144 від 10.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОЛІА®, розчин для ін'єкцій, 60 мг/мл; по 1 мл розч закритою ковпачком, із захисним пристроєм від випад захисним пристроєм в блістері; по 1 блістеру в картонн шприці з голкою, закритою ковпачком; по 1 попередн картонну коробку**
Заявник	**Амджен Європа Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313625-24/3-144 від 10.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОЛІА®, розчин для ін'єкцій, 60 мг/мл; по 1 мл розч закритою ковпачком, із захисним пристроєм від випад захисним пристроєм в блістері; по 1 блістеру в картонн шприці з голкою, закритою ковпачком; по 1 попередн картонну коробку**
Заявник	**Амджен Європа Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313625-24/3-144 від 10.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОЛІА®, розчин для ін'єкцій, 60 мг/мл; по 1 мл розч закритою ковпачком, із захисним пристроєм від випад захисним пристроєм в блістері; по 1 блістеру в картонн шприці з голкою, закритою ковпачком; по 1 попередн картонну коробку**
Заявник	**Амджен Європа Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310248-24/3-116, 310257-24/3-116, 317318-24/3-116, 31732**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОПАНОРМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонк блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310248-24/3-116, 310257-24/3-116, 317318-24/3-116, 31732**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОПАНОРМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонко блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310248-24/3-116, 310257-24/3-116, 317318-24/3-116, 31732**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОПАНОРМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонко блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310248-24/3-116, 310257-24/3-116, 317318-24/3-116, 31732**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОПАНОРМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонк блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310248-24/3-116, 310257-24/3-116, 317318-24/3-116, 31732**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОПАНОРМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонко блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310248-24/3-116, 310257-24/3-116, 317318-24/3-116, 31732**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОПАНОРМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонко блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315401-24/З-116 від 15.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОСТАЗАН УРОПЛЮС, таблетки з модифікованим блістерів в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315401-24/3-116 від 15.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОСТАЗАН УРОПЛЮС, таблетки з модифікованим блістерів в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315401-24/3-116 від 15.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОСТАЗАН УРОПЛЮС, таблетки з модифікованим блістерів в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313973-24/B-61 від 17.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОТОЙЛ, густий екстракт (субстанція) в ємностях із**
Заявник	**ТОВ "НВК "Екофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313973-24/В-61 від 17.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОТОЙЛ, густий екстракт (субстанція) в ємностях із**
Заявник	**ТОВ "НВК "Екофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313973-24/В-61 від 17.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОТОЙЛ, густий екстракт (субстанція) в ємностях із**
Заявник	**ТОВ "НВК "Екофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**284112-22/B-92 від 22.11.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕМЕНЦИСТО (БУЛО: РЕМЕНСЦИСТО), Таблетки, плівковою оболонкою у блістері; по 1 або 2 блістери в к**
Заявник	**ТОВ "ПЕРРІГО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**284112-22/B-92 від 22.11.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕМЕНЦИСТО (БУЛО: РЕМЕНСЦИСТО), Таблетки, плівковою оболонкою у блістері; по 1 або 2 блістери в к**
Заявник	**ТОВ "ПЕРРІГО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**284112-22/B-92 від 22.11.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕМЕНЦИСТО (БУЛО: РЕМЕНСЦИСТО), Таблетки, плівковою оболонкою у блістері; по 1 або 2 блістери в к**
Заявник	**ТОВ "ПЕРРІГО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314017-24/В-138, 314018-24/В-138 від 18.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕМЕСУЛІД® РАПІД, гранули для оральної суспензії**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314017-24/В-138, 314018-24/В-138 від 18.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕМЕСУЛІД® РАПІД, гранули для оральної суспензії**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314017-24/В-138, 314018-24/В-138 від 18.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕМЕСУЛІД® РАПІД, гранули для оральної суспензії**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313524-24/З-144 від 09.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕМОТІВ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по коробці**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313524-24/3-144 від 09.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕМОТІВ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по коробці**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313524-24/3-144 від 09.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕМОТІВ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по коробці**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312652-24/3-138 від 25.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИСПАКСОЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонко блістерів у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312652-24/3-138 від 25.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИСПАКСОЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонко блістерів у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312652-24/3-138 від 25.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИСПАКСОЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонко блістерів у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312652-24/3-138 від 25.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИСПАКСОЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонко блістерів у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312652-24/3-138 від 25.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИСПАКСОЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонко блістерів у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**312652-24/3-138 від 25.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИСПАКСОЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонко блістерів у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Гріндекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313349-24/З-144 від 04.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІАЛТРІС, спрей назальний, дозований, суспензія; по 5 дозуючим насосом-розпилювачем, закритим ковпачко**
Заявник	**Гленмарк Спешіалті С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313349-24/3-144 від 04.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІАЛТРІС, спрей назальний, дозований, суспензія; по 5 дозуючим насосом-розпилювачем, закритим ковпачко**
Заявник	**Гленмарк Спешіалті С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313349-24/3-144 від 04.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІАЛТРІС, спрей назальний, дозований, суспензія; по 5 дозуючим насосом-розпилювачем, закритим ковпачко**
Заявник	**Гленмарк Спешіалті С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315541-24/3-06 від 17.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІЄКО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 40 мг/1 щільності з вологопоглиначем, закритому індукційною відкривання дітьми; по 1 або 3 флакони у картонній ко**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315541-24/3-06 від 17.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІЄКО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 40 мг/1 щільності з вологопоглиначем, закритому індукційною відкривання дітьми; по 1 або 3 флакони у картонній ко**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315541-24/3-06 від 17.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІЄКО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 40 мг/1 щільності з вологопоглиначем, закритому індукційною відкривання дітьми; по 1 або 3 флакони у картонній ко**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300872-23/3-137, 314850-24/3-137 від 06.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЛІНОЗ, таблетки, 10 мг; по 10 таблеток у блістері, п**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300872-23/3-137, 314850-24/3-137 від 06.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЛІНОЗ, таблетки, 10 мг; по 10 таблеток у блістері, п**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**300872-23/3-137, 314850-24/3-137 від 06.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЛІНОЗ, таблетки, 10 мг; по 10 таблеток у блістері, п**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316645-24/3-144, 316647-24/3-144, 316648-24/3-144 від 06.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОТАРИКС ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ РОТА по 5 попередньо заповнених оральних аплікаторів або коробці зі стикером українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316645-24/3-144, 316647-24/3-144, 316648-24/3-144 від 06.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОТАРИКС ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ РОТА по 5 попередньо заповнених оральних аплікаторів або коробці зі стикером українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316645-24/3-144, 316647-24/3-144, 316648-24/3-144 від 06.**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОТАРИКС ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ РОТА по 5 попередньо заповнених оральних аплікаторів або коробці зі стикером українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315253-24/B-96 від 13.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕДАФІТОН®, таблетки; по 12 таблеток у блістері; по**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315253-24/B-96 від 13.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕДАФІТОН®, таблетки; по 12 таблеток у блістері; по**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315253-24/B-96 від 13.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕДАФІТОН®, таблетки; по 12 таблеток у блістері; по**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315254-24/B-96 від 13.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕДАФІТОН® ФОРТЕ, капсули; по 6 капсул у блістер кришкою з контролем першого відкриття, по 1 контей**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315254-24/B-96 від 13.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕДАФІТОН® ФОРТЕ, капсули; по 6 капсул у блістер кришкою з контролем першого відкриття, по 1 контей**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315254-24/B-96 від 13.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕДАФІТОН® ФОРТЕ, капсули; по 6 капсул у блістер кришкою з контролем першого відкриття, по 1 контей**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305482-23/3-145, 305483-23/3-145, 305484-23/3-145, 30548**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕНАДЕ®, таблетки по 13,5 мг; № 500: по 20 таблеток**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305482-23/3-145, 305483-23/3-145, 305484-23/3-145, 30548**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕНАДЕ®, таблетки по 13,5 мг; № 500: по 20 таблеток**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**305482-23/3-145, 305483-23/3-145, 305484-23/3-145, 30548**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕНАДЕ®, таблетки по 13,5 мг; № 500: по 20 таблеток**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311864-24/3-06 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМОДА, капсули гастрорезистентні тверді, по 30 мг у картонній пачці**
Заявник	**ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311864-24/3-06 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМОДА, капсули гастрорезистентні тверді, по 30 мг у картонній пачці**
Заявник	**ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311864-24/3-06 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМОДА, капсули гастрорезистентні тверді, по 30 мг у картонній пачці**
Заявник	**ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311864-24/3-06 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМОДА, капсули гастрорезистентні тверді, по 30 мг у картонній пачці**
Заявник	**ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311864-24/3-06 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМОДА, капсули гастрорезистентні тверді, по 30 мг у картонній пачці**
Заявник	**ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311864-24/3-06 від 11.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМОДА, капсули гастрорезистентні тверді, по 30 мг у картонній пачці**
Заявник	**ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279935-22/3-84 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІБРАВА, розчин для ін'єкцій, 284 мг/1,5 мл, по 1,5 мл наповненому шприцу в блістері; по 1 блістеру у картон**
Заявник	**Новартіс Оверсіз Інвестментс АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279935-22/3-84 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІБРАВА, розчин для ін'єкцій, 284 мг/1,5 мл, по 1,5 мл наповненому шприцу в блістері; по 1 блістеру у картон**
Заявник	**Новартіс Оверсіз Інвестментс АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279935-22/3-84 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІБРАВА, розчин для ін'єкцій, 284 мг/1,5 мл, по 1,5 мл наповненому шприцу в блістері; по 1 блістеру у картон**
Заявник	**Новартіс Оверсіз Інвестментс АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315163-24/3-124, 315164-24/3-124 від 10.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНДЖАРДІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 12,5 мг/1000 м**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315163-24/3-124, 315164-24/3-124 від 10.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНДЖАРДІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 12,5 мг/1000 м**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315163-24/3-124, 315164-24/3-124 від 10.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНДЖАРДІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 12,5 мг/1000 м**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315163-24/3-124, 315164-24/3-124 від 10.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНДЖАРДІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 12,5 мг/1000 м**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315163-24/3-124, 315164-24/3-124 від 10.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНДЖАРДІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 12,5 мг/1000 м**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315163-24/3-124, 315164-24/3-124 від 10.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНДЖАРДІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 12,5 мг/1000 м**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314761-24/3-147 від 02.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІОФОР® 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою коробці;**
Заявник	**БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314761-24/3-147 від 02.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІОФОР® 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою коробці;**
Заявник	**БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314761-24/3-147 від 02.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІОФОР® 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою коробці;**
Заявник	**БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316434-24/B-61 від 04.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛАКУТАН®, гель, 30 мг/г по 25 г у тубі; по 1 тубі у**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316434-24/В-61 від 04.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛАКУТАН®, гель, 30 мг/г по 25 г у тубі; по 1 тубі у**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316434-24/В-61 від 04.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛАКУТАН®, гель, 30 мг/г по 25 г у тубі; по 1 тубі у**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301246-23/3-98 від 12.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛУВІТ Н, ліофілізат для розчину для інфузій; по 1 ф**
Заявник	**Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301246-23/3-98 від 12.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛУВІТ Н, ліофілізат для розчину для інфузій; по 1 ф**
Заявник	**Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301246-23/3-98 від 12.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛУВІТ Н, ліофілізат для розчину для інфузій; по 1 ф**
Заявник	**Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315125-24/3-147 від 10.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОМАЗИНА®, розчин для перорального застосування шприцом у коробці; по 10 мл у саше; по 6 або 10 саше у**
Заявник	**Феррер Інтернасіональ, С.А., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315125-24/3-147 від 10.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОМАЗИНА®, розчин для перорального застосування шприцом у коробці; по 10 мл у саше; по 6 або 10 саше у**
Заявник	**Феррер Інтернасіональ, С.А., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315125-24/3-147 від 10.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОМАЗИНА®, розчин для перорального застосування шприцом у коробці; по 10 мл у саше; по 6 або 10 саше у**
Заявник	**Феррер Інтернасіональ, С.А., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299806-23/З-143, 299807-23/З-143, 299808-23/З-143, 29980 299813-23/З-143 від 17.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 60 МГ, СОМАТУЛІН АУТ ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 60 мг /шприц; р розчин для ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 120 м одноразового використання місткістю 0,5 мл з автомат ковпачку у багатошаровому пакетику в картонній кор**
Заявник	**ІПСЕН ФАРМА, Франція**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299806-23/3-143, 299807-23/3-143, 299808-23/3-143, 29980 299813-23/3-143 від 17.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 60 МГ, СОМАТУЛІН АУТ ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 60 мг /шприц; р розчин для ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 120 м одноразового використання місткістю 0,5 мл з автомат ковпачку у багатошаровому пакетику в картонній кор**
Заявник	**ІПСЕН ФАРМА, Франція**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299806-23/3-143, 299807-23/3-143, 299808-23/3-143, 29980 299813-23/3-143 від 17.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 60 МГ, СОМАТУЛІН АУТ ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 60 мг /шприц; р розчин для ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 120 м одноразового використання місткістю 0,5 мл з автомат ковпачку у багатошаровому пакетику в картонній кор**
Заявник	**ІПСЕН ФАРМА, Франція**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299806-23/З-143, 299807-23/З-143, 299808-23/З-143, 29980 299813-23/З-143 від 17.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 60 МГ, СОМАТУЛІН АУТ ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 60 мг /шприц; р розчин для ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 120 м одноразового використання місткістю 0,5 мл з автомат ковпачку у багатошаровому пакетику в картонній кор**
Заявник	**ІПСЕН ФАРМА, Франція**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299806-23/3-143, 299807-23/3-143, 299808-23/3-143, 29980 299813-23/3-143 від 17.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 60 МГ, СОМАТУЛІН АУТ ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 60 мг /шприц; р розчин для ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 120 м одноразового використання місткістю 0,5 мл з автомат ковпачку у багатошаровому пакетику в картонній кор**
Заявник	**ІПСЕН ФАРМА, Франція**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299806-23/3-143, 299807-23/3-143, 299808-23/3-143, 29980 299813-23/3-143 від 17.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 60 МГ, СОМАТУЛІН АУТ ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 60 мг /шприц; р розчин для ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 120 м одноразового використання місткістю 0,5 мл з автомат ковпачку у багатошаровому пакетику в картонній кор**
Заявник	**ІПСЕН ФАРМА, Франція**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299806-23/З-143, 299807-23/З-143, 299808-23/З-143, 29980 299813-23/З-143 від 17.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 60 МГ, СОМАТУЛІН АУТ ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 60 мг /шприц; р розчин для ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 120 м одноразового використання місткістю 0,5 мл з автомат ковпачку у багатошаровому пакетику в картонній кор**
Заявник	**ІПСЕН ФАРМА, Франція**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299806-23/3-143, 299807-23/3-143, 299808-23/3-143, 29980 299813-23/3-143 від 17.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 60 МГ, СОМАТУЛІН АУТ ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 60 мг /шприц; р розчин для ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 120 м одноразового використання місткістю 0,5 мл з автомат ковпачку у багатошаровому пакетику в картонній кор**
Заявник	**ІПСЕН ФАРМА, Франція**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**299806-23/3-143, 299807-23/3-143, 299808-23/3-143, 29980 299813-23/3-143 від 17.08.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОМАТУЛІН АУТОЖЕЛЬ 60 МГ, СОМАТУЛІН АУТ ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 60 мг /шприц; р розчин для ін'єкцій пролонгованого вивільнення, 120 м одноразового використання місткістю 0,5 мл з автомат ковпачку у багатошаровому пакетику в картонній кор**
Заявник	**ІПСЕН ФАРМА, Франція**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316049-24/З-144 від 28.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПІОЛТО® РЕСПІМАТ®, розчин для інгаляцій по 2,5 комплекті з 1 інгалятором Респімат® у картонній коро**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316049-24/3-144 від 28.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПІОЛТО® РЕСПІМАТ®, розчин для інгаляцій по 2,5 комплекті з 1 інгалятором Респімат® у картонній коро**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316049-24/З-144 від 28.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПІОЛТО® РЕСПІМАТ®, розчин для інгаляцій по 2,5 комплекті з 1 інгалятором Респімат® у картонній коро**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316037-24/З-100 від 28.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПІРИВА®, порошок для інгаляцій, тверді капсули по блістери в картонній коробці; по 10 капсул з порошком пристроєм ХендіХейлер® в картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316037-24/3-100 від 28.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПІРИВА®, порошок для інгаляцій, тверді капсули по блістери в картонній коробці; по 10 капсул з порошком пристроєм ХендіХейлер® в картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316037-24/3-100 від 28.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПІРИВА®, порошок для інгаляцій, тверді капсули по блістери в картонній коробці; по 10 капсул з порошком пристроєм ХендіХейлер® в картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316025-24/3-121 від 28.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПІРИВА®РЕСПІМАТ®, розчин для інгаляцій, 2,5 мк комплекті з 1 інгалятором Респімат® у картонній коро**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316025-24/3-121 від 28.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПІРИВА®РЕСПІМАТ®, розчин для інгаляцій, 2,5 мк комплекті з 1 інгалятором Респімат® у картонній коро**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316025-24/3-121 від 28.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПІРИВА®РЕСПІМАТ®, розчин для інгаляцій, 2,5 мк комплекті з 1 інгалятором Респімат® у картонній коро**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262883-21/3-123 від 13.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПЛІТ-ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ Ч 0,5 мл у попередньо заповненому шприці з голкою; по картону або по 10 попередньо заповнених шприців з го**
Заявник	**Синовак Біотек Ко., Лтд., Китайська Народна Республ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262883-21/3-123 від 13.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПЛІТ-ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ Ч 0,5 мл у попередньо заповненому шприці з голкою; по картону або по 10 попередньо заповнених шприців з го**
Заявник	**Синовак Біотек Ко., Лтд., Китайська Народна Республ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262883-21/3-123 від 13.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПЛІТ-ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ Ч 0,5 мл у попередньо заповненому шприці з голкою; по картону або по 10 попередньо заповнених шприців з го**
Заявник	**Синовак Біотек Ко., Лтд., Китайська Народна Республ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306868-23/3-138 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУВАРДІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 а або по 4 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306868-23/3-138 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУВАРДІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, п у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 а або по 4 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306868-23/3-138 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУВАРДІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, п у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 а або по 4 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306868-23/3-138 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУВАРДІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 а або по 4 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306868-23/3-138 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУВАРДІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, п у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 а або по 4 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306868-23/3-138 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУВАРДІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, п у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 а або по 4 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306868-23/3-138 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУВАРДІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 а або по 4 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306868-23/3-138 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУВАРДІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, п у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 а або по 4 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306868-23/3-138 від 12.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУВАРДІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, п у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 а або по 4 блістери у картонній коробці; по 14 таблеток у**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313135-24/3-132 від 03.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАДАЛАФІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; або по 20 м блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313135-24/3-132 від 03.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАДАЛАФІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; або по 20 м блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313135-24/3-132 від 03.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАДАЛАФІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; або по 20 м блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313135-24/3-132 від 03.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАДАЛАФІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; або по 20 м блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313135-24/3-132 від 03.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАДАЛАФІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; або по 20 м блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313135-24/3-132 від 03.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАДАЛАФІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; або по 20 м блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316181-24/З-144 від 30.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАЛЗЕННА, капсули по 0,25 мг або по 1 мг; по 30 капс українською мовою; по 30 капсул у флаконі; 1 флакон нанесенням стикеру українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316181-24/3-144 від 30.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАЛЗЕННА, капсули по 0,25 мг або по 1 мг; по 30 капс українською мовою; по 30 капсул у флаконі; 1 флакон нанесенням стикеру українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316181-24/3-144 від 30.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАЛЗЕННА, капсули по 0,25 мг або по 1 мг; по 30 капс українською мовою; по 30 капсул у флаконі; 1 флакон нанесенням стикеру українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316181-24/З-144 від 30.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАЛЗЕННА, капсули по 0,25 мг або по 1 мг; по 30 капс українською мовою; по 30 капсул у флаконі; 1 флакон нанесенням стикеру українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316181-24/3-144 від 30.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАЛЗЕННА, капсули по 0,25 мг або по 1 мг; по 30 капс українською мовою; по 30 капсул у флаконі; 1 флакон нанесенням стикеру українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316181-24/3-144 від 30.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАЛЗЕННА, капсули по 0,25 мг або по 1 мг; по 30 капс українською мовою; по 30 капсул у флаконі; 1 флакон нанесенням стикеру українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311955-24/3-137 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАФФА® ДЛЯ ДІТЕЙ, суспензія оральна, 100 мг/5 мл; картонній коробці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311955-24/3-137 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАФФА® ДЛЯ ДІТЕЙ, суспензія оральна, 100 мг/5 мл; картонній коробці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311955-24/3-137 від 12.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАФФА® ДЛЯ ДІТЕЙ, суспензія оральна, 100 мг/5 мл; картонній коробці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307670-23/B-06 від 22.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАФФА® ЕКСТРА, таблетки, вкриті плівковою оболо пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307670-23/В-06 від 22.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАФФА® ЕКСТРА, таблетки, вкриті плівковою оболо пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307670-23/В-06 від 22.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАФФА® ЕКСТРА, таблетки, вкриті плівковою оболо пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307412-23/В-132 від 19.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАФФА® КЛАСИЧНА, таблетки, вкриті плівковою об пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307412-23/В-132 від 19.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАФФА® КЛАСИЧНА, таблетки, вкриті плівковою об пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**307412-23/В-132 від 19.12.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАФФА® КЛАСИЧНА, таблетки, вкриті плівковою об пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309083-24/З-138 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛСАРТАН ДУО, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309083-24/3-138 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛСАРТАН ДУО, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309083-24/3-138 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛСАРТАН ДУО, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309083-24/З-138 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛСАРТАН ДУО, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309083-24/3-138 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛСАРТАН ДУО, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309083-24/3-138 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛСАРТАН ДУО, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309083-24/З-138 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛСАРТАН ДУО, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309083-24/3-138 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛСАРТАН ДУО, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309083-24/3-138 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛСАРТАН ДУО, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309083-24/З-138 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛСАРТАН ДУО, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309083-24/3-138 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛСАРТАН ДУО, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309083-24/3-138 від 26.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛСАРТАН ДУО, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301461-23/3-138 від 14.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕРУС, розчин для ін'єкцій, 10 МО/мл; по 1 мл в ампу 1 пластиковій контурній чарунковій упаковці у картон**
Заявник	**Джівдхара Фарма Прайвіт Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301461-23/3-138 від 14.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕРУС, розчин для ін'єкцій, 10 МО/мл; по 1 мл в ампу 1 пластиковій контурній чарунковій упаковці у картон**
Заявник	**Джівдхара Фарма Прайвіт Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**301461-23/3-138 від 14.09.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕРУС, розчин для ін'єкцій, 10 МО/мл; по 1 мл в ампу 1 пластиковій контурній чарунковій упаковці у картон**
Заявник	**Джівдхара Фарма Прайвіт Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**319169-24/3-121 від 18.07.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОНЗИПРЕТ®, таблетки для смоктання, по 25 таблето**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**319169-24/З-121 від 18.07.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОНЗИПРЕТ®, таблетки для смоктання, по 25 таблето**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**319169-24/З-121 від 18.07.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОНЗИПРЕТ®, таблетки для смоктання, по 25 таблето**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311469-24/З-145 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРІКАРД , таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній кор**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311469-24/3-145 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРІКАРД , таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній кор**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311469-24/3-145 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРІКАРД , таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній кор**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311469-24/З-145 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРІКАРД , таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній кор**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311469-24/3-145 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРІКАРД , таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній кор**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311469-24/3-145 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОРІКАРД , таблетки по 5 мг; таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній кор**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**281972-22/В-132 від 30.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМ , таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**281972-22/В-132 від 30.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМ , таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**281972-22/В-132 від 30.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМ , таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313240-24/3-145 від 04.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИФАС® 10, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, або 5, або 10 блістерів у**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А.**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313240-24/3-145 від 04.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИФАС® 10, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, або 5, або 10 блістерів у**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А.**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313240-24/3-145 від 04.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИФАС® 10, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, або 5, або 10 блістерів у**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А.**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308394-24/3-145, 308395-24/3-145, 308396-24/3-145, 30839** **308401-24/3-145, 308402-24/3-145, 308403-24/3-145, 30840** **308408-24/3-145, 308409-24/3-145, 308410-24/3-145, 30841** **314657-24/3-145 від 12.01.2024**
Назва лікарського засобу, **форма випуску**	**ТРИФАС® 20 АМПУЛИ, розчин для ін'єкцій, 20 мг/4 м** **у картонній коробці**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А.**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308394-24/3-145, 308395-24/3-145, 308396-24/3-145, 30839 308401-24/3-145, 308402-24/3-145, 308403-24/3-145, 30840 308408-24/3-145, 308409-24/3-145, 308410-24/3-145, 30841 314657-24/3-145 від 12.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИФАС® 20 АМПУЛИ, розчин для ін'єкцій, 20 мг/4 м у картонній коробці**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А.**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308394-24/3-145, 308395-24/3-145, 308396-24/3-145, 30839 308401-24/3-145, 308402-24/3-145, 308403-24/3-145, 30840 308408-24/3-145, 308409-24/3-145, 308410-24/3-145, 30841 314657-24/3-145 від 12.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИФАС® 20 АМПУЛИ, розчин для ін'єкцій, 20 мг/4 м у картонній коробці**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А.**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314371-24/3-144 від 24.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**Т-СЕПТ®, таблетки для розсмоктування по 3 мг, по 10**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314371-24/3-144 від 24.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**Т-СЕПТ®, таблетки для розсмоктування по 3 мг, по 10**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314371-24/3-144 від 24.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**Т-СЕПТ®, таблетки для розсмоктування по 3 мг, по 10**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315839-24/3-140 від 22.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОНОСТ, капсули по 150 мг або по 300 мг, по 10 ка**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315839-24/3-140 від 22.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОНОСТ, капсули по 150 мг або по 300 мг, по 10 ка**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315839-24/3-140 від 22.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОНОСТ, капсули по 150 мг або по 300 мг, по 10 ка**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315839-24/3-140 від 22.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОНОСТ, капсули по 150 мг або по 300 мг, по 10 ка**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315839-24/3-140 від 22.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОНОСТ, капсули по 150 мг або по 300 мг, по 10 ка**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315839-24/3-140 від 22.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОНОСТ, капсули по 150 мг або по 300 мг, по 10 ка**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303913-23/3-97, 303914-23/3-97, 303915-23/3-97, 303916-23 303920-23/3-97, 303921-23/3-97, 303922-23/3-97, 303923-23**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЛВАКС, розчин для ін'єкцій, 250 мг/5 мл, по 5 мл у шприца разом з двома безпечними голками в контурні чарунковій упаковці або по 1 блістерній упаковці в кар**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303913-23/3-97, 303914-23/3-97, 303915-23/3-97, 303916-23 303920-23/3-97, 303921-23/3-97, 303922-23/3-97, 303923-23**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЛВАКС, розчин для ін'єкцій, 250 мг/5 мл, по 5 мл у шприца разом з двома безпечними голками в контурній чарунковій упаковці або по 1 блістерній упаковці в кар**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**303913-23/3-97, 303914-23/3-97, 303915-23/3-97, 303916-23 303920-23/3-97, 303921-23/3-97, 303922-23/3-97, 303923-23**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЛВАКС, розчин для ін'єкцій, 250 мг/5 мл, по 5 мл у шприца разом з двома безпечними голками в контурній чарунковій упаковці або по 1 блістерній упаковці в кар**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317839-24/В-28 від 25.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАРИСІЛ, таблетки для розсмоктування зі смаком ап пачці з картону**
Заявник	**Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317839-24/В-28 від 25.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАРИСІЛ, таблетки для розсмоктування зі смаком ап пачці з картону**
Заявник	**Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317839-24/В-28 від 25.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАРИСІЛ, таблетки для розсмоктування зі смаком ап пачці з картону**
Заявник	**Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317839-24/В-28 від 25.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАРИСІЛ, таблетки для розсмоктування зі смаком ап пачці з картону**
Заявник	**Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317839-24/В-28 від 25.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАРИСІЛ, таблетки для розсмоктування зі смаком ап пачці з картону**
Заявник	**Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317839-24/В-28 від 25.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАРИСІЛ, таблетки для розсмоктування зі смаком ап пачці з картону**
Заявник	**Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306107-23/3-134, 311834-24/3-121 від 30.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАСПІК, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній пачц**
Заявник	**Замбон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306107-23/3-134, 311834-24/3-121 від 30.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАСПІК, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній пачц**
Заявник	**Замбон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**306107-23/3-134, 311834-24/3-121 від 30.11.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАСПІК, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній пачц**
Заявник	**Замбон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**295100-23/В-138 від 29.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНІБУТ 100 (БУЛО: ФЕНІБУТ-ЗДОРОВ'Я), порошо у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацев**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**295100-23/В-138 від 29.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНІБУТ 100 (БУЛО: ФЕНІБУТ-ЗДОРОВ'Я), порошо у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацев**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**295100-23/В-138 від 29.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНІБУТ 100 (БУЛО: ФЕНІБУТ-ЗДОРОВ'Я), порошо у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацев**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**295190-23/В-142 від 30.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНІБУТ 500 (БУЛО: ФЕНІБУТ-ЗДОРОВ'Я), порош пакетів у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацев**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**295190-23/В-142 від 30.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНІБУТ 500 (БУЛО: ФЕНІБУТ-ЗДОРОВ'Я), порош пакетів у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацев**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**295190-23/В-142 від 30.05.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНІБУТ 500 (БУЛО: ФЕНІБУТ-ЗДОРОВ'Я), порош пакетів у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацев**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308987-24/3-06 від 24.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНСТУД, розчин для ін'єкцій, 50 мкг/мл по 2 мл в ам у картонній коробці; по 10 мл в ампулі; по 5 ампул в ко**
Заявник	**Русан Фарма Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308987-24/3-06 від 24.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНСТУД, розчин для ін'єкцій, 50 мкг/мл по 2 мл в ам у картонній коробці; по 10 мл в ампулі; по 5 ампул в ко**
Заявник	**Русан Фарма Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308987-24/3-06 від 24.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНСТУД, розчин для ін'єкцій, 50 мкг/мл по 2 мл в ам у картонній коробці; по 10 мл в ампулі; по 5 ампул в ко**
Заявник	**Русан Фарма Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317572-24/В-45 від 21.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАНІЛ, розчин для ін'єкцій, 0,05 мг/мл, по 2 мл аб блістерів у коробці з картону; по 2 мл в ампулі; по 10 а**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317572-24/В-45 від 21.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАНІЛ, розчин для ін'єкцій, 0,05 мг/мл, по 2 мл аб блістерів у коробці з картону; по 2 мл в ампулі; по 10 а**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**317572-24/В-45 від 21.06.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАНІЛ, розчин для ін'єкцій, 0,05 мг/мл, по 2 мл аб блістерів у коробці з картону; по 2 мл в ампулі; по 10 а**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311430-24/З-123, 311431-24/З-123 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФІБРИГА, порошок та розчинник для розчину для ін'є розчинника (вода для ін'єкцій) у скляному флаконі; по пристрою Octajet для переносу, по 1 фільтру в картонн**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Авс**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311430-24/3-123, 311431-24/3-123 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФІБРИГА, порошок та розчинник для розчину для ін'є розчинника (вода для ін’єкцій) у скляному флаконі; по пристрою Octajet для переносу, по 1 фільтру в картонн**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Авс**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**311430-24/3-123, 311431-24/3-123 від 05.03.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФІБРИГА, порошок та розчинник для розчину для ін'є розчинника (вода для ін’єкцій) у скляному флаконі; по пристрою Octajet для переносу, по 1 фільтру в картонн**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Авс**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314905-24/B-139 від 06.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОКСІУМ®, розчин для інфузій, 5 мг/мл по 100 мл у**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314905-24/В-139 від 06.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОКСІУМ®, розчин для інфузій, 5 мг/мл по 100 мл у**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314905-24/В-139 від 06.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОКСІУМ®, розчин для інфузій, 5 мг/мл по 100 мл у**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315507-24/В-138 від 17.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ЗДОРОВ'Я, капсули тверді по 50 мг, 1 коробці;** **капсули тверді по 150 мг, по 1 капсулі в блістері; по 1, 2 по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315507-24/В-138 від 17.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ЗДОРОВ'Я, капсули тверді по 50 мг, 1 коробці; капсули тверді по 150 мг, по 1 капсулі в блістері; по 1, 2 по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315507-24/В-138 від 17.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ЗДОРОВ'Я, капсули тверді по 50 мг, 1 коробці;** **капсули тверді по 150 мг, по 1 капсулі в блістері; по 1, 2 по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315507-24/В-138 від 17.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ЗДОРОВ'Я, капсули тверді по 50 мг, 1 коробці;** **капсули тверді по 150 мг, по 1 капсулі в блістері; по 1, 2 по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315507-24/В-138 від 17.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ЗДОРОВ'Я, капсули тверді по 50 мг, 1 коробці; капсули тверді по 150 мг, по 1 капсулі в блістері; по 1, 2 по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315507-24/В-138 від 17.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ЗДОРОВ'Я, капсули тверді по 50 мг, 1 коробці;** **капсули тверді по 150 мг, по 1 капсулі в блістері; по 1, 2 по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315507-24/В-138 від 17.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ЗДОРОВ'Я, капсули тверді по 50 мг, 1 коробці;** **капсули тверді по 150 мг, по 1 капсулі в блістері; по 1, 2 по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315507-24/В-138 від 17.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ЗДОРОВ'Я, капсули тверді по 50 мг, 1 коробці; капсули тверді по 150 мг, по 1 капсулі в блістері; по 1, 2 по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315507-24/В-138 від 17.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ЗДОРОВ'Я, капсули тверді по 50 мг, 1 коробці;** **капсули тверді по 150 мг, по 1 капсулі в блістері; по 1, 2 по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315692-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛЮЗАК, таблетки по 50 мг;** **таблетки по 150 мг;** **таблетки по 200 мг;** **для дозування 50 мг: по 4 або по 10 таблеток у блістері;** **для дозування 150 мг: по 1 таблетці у блістері; по 1 або** **для дозування 200 мг: по 2 таблетки у блістері; по 1 або**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315692-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛЮЗАК, таблетки по 50 мг; таблетки по 150 мг; таблетки по 200 мг; для дозування 50 мг: по 4 або по 10 таблеток у блістері; для дозування 150 мг: по 1 таблетці у блістері; по 1 або для дозування 200 мг: по 2 таблетки у блістері; по 1 або**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315692-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛЮЗАК, таблетки по 50 мг; таблетки по 150 мг; таблетки по 200 мг; для дозування 50 мг: по 4 або по 10 таблеток у блістері; для дозування 150 мг: по 1 таблетці у блістері; по 1 або для дозування 200 мг: по 2 таблетки у блістері; по 1 або**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315692-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛЮЗАК, таблетки по 50 мг;** **таблетки по 150 мг;** **таблетки по 200 мг;** **для дозування 50 мг: по 4 або по 10 таблеток у блістері;** **для дозування 150 мг: по 1 таблетці у блістері; по 1 або** **для дозування 200 мг: по 2 таблетки у блістері; по 1 або**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315692-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛЮЗАК, таблетки по 50 мг; таблетки по 150 мг; таблетки по 200 мг; для дозування 50 мг: по 4 або по 10 таблеток у блістері; для дозування 150 мг: по 1 таблетці у блістері; по 1 або для дозування 200 мг: по 2 таблетки у блістері; по 1 або**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315692-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛЮЗАК, таблетки по 50 мг; таблетки по 150 мг; таблетки по 200 мг; для дозування 50 мг: по 4 або по 10 таблеток у блістері; для дозування 150 мг: по 1 таблетці у блістері; по 1 або для дозування 200 мг: по 2 таблетки у блістері; по 1 або**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315692-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛЮЗАК, таблетки по 50 мг;** **таблетки по 150 мг;** **таблетки по 200 мг;** **для дозування 50 мг: по 4 або по 10 таблеток у блістері;** **для дозування 150 мг: по 1 таблетці у блістері; по 1 або** **для дозування 200 мг: по 2 таблетки у блістері; по 1 або**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315692-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛЮЗАК, таблетки по 50 мг; таблетки по 150 мг; таблетки по 200 мг; для дозування 50 мг: по 4 або по 10 таблеток у блістері; для дозування 150 мг: по 1 таблетці у блістері; по 1 або для дозування 200 мг: по 2 таблетки у блістері; по 1 або**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315692-24/3-145 від 21.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛЮЗАК, таблетки по 50 мг; таблетки по 150 мг; таблетки по 200 мг; для дозування 50 мг: по 4 або по 10 таблеток у блістері; для дозування 150 мг: по 1 таблетці у блістері; по 1 або для дозування 200 мг: по 2 таблетки у блістері; по 1 або**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309333-24/З-96, 309334-24/З-96, 309335-24/З-96, 309336-24**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІТАКСА, таблетки, що диспергуються в ротовій поро картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309333-24/3-96, 309334-24/3-96, 309335-24/3-96, 309336-24**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІТАКСА, таблетки, що диспергуються в ротовій поро картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309333-24/3-96, 309334-24/3-96, 309335-24/3-96, 309336-24**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІТАКСА, таблетки, що диспергуються в ротовій поро картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309333-24/З-96, 309334-24/З-96, 309335-24/З-96, 309336-24**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІТАКСА, таблетки, що диспергуються в ротовій поро картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309333-24/3-96, 309334-24/3-96, 309335-24/3-96, 309336-24**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІТАКСА, таблетки, що диспергуються в ротовій поро картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309333-24/3-96, 309334-24/3-96, 309335-24/3-96, 309336-24**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІТАКСА, таблетки, що диспергуються в ротовій поро картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309341-24/З-96, 309342-24/З-96, 309343-24/З-96, 309344-24**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІТАКСА, таблетки, що диспергуються в ротовій поро картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309341-24/3-96, 309342-24/3-96, 309343-24/3-96, 309344-24**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІТАКСА, таблетки, що диспергуються в ротовій поро картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309341-24/3-96, 309342-24/3-96, 309343-24/3-96, 309344-24**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІТАКСА, таблетки, що диспергуються в ротовій поро картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309341-24/З-96, 309342-24/З-96, 309343-24/З-96, 309344-24**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІТАКСА, таблетки, що диспергуються в ротовій поро картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309341-24/3-96, 309342-24/3-96, 309343-24/3-96, 309344-24**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІТАКСА, таблетки, що диспергуються в ротовій поро картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309341-24/3-96, 309342-24/3-96, 309343-24/3-96, 309344-24**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІТАКСА, таблетки, що диспергуються в ротовій поро картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315886-24/3-96 від 23.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІТАКСА, таблетки, що диспергуються в ротовій поро картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315886-24/3-96 від 23.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІТАКСА, таблетки, що диспергуються в ротовій поро картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315886-24/3-96 від 23.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІТАКСА, таблетки, що диспергуються в ротовій поро картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313931-24/B-28 від 16.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХОНДРОІТИН® КОМПЛЕКС, капсули по 30 або 60 ка блістері, по 5 або 10 блістерів у пачці**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313931-24/В-28 від 16.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХОНДРОІТИН® КОМПЛЕКС, капсули по 30 або 60 ка блістері, по 5 або 10 блістерів у пачці**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**313931-24/В-28 від 16.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХОНДРОІТИН® КОМПЛЕКС, капсули по 30 або 60 ка блістері, по 5 або 10 блістерів у пачці**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310876-24/B-146 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФМА ДИТЯЧА СУСПЕНЗІЯ, порошок для оральн шприцу у картонній коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Ук**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310876-24/B-146 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФМА ДИТЯЧА СУСПЕНЗІЯ, порошок для оральн шприцу у картонній коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Ук**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**310876-24/B-146 від 23.02.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФМА ДИТЯЧА СУСПЕНЗІЯ, порошок для оральн шприцу у картонній коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Ук**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309136-24/3-137 від 29.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН, порошок для розчину для ін`єкцій по флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309136-24/3-137 від 29.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН, порошок для розчину для ін`єкцій по флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309136-24/3-137 від 29.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН, порошок для розчину для ін`єкцій по флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309136-24/3-137 від 29.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН, порошок для розчину для ін`єкцій по флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309136-24/3-137 від 29.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН, порошок для розчину для ін`єкцій по флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**309136-24/3-137 від 29.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН, порошок для розчину для ін`єкцій по флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315169-24/3-06 від 10.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОТАКСИМ , порошок для розчину для ін'єкцій, п картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315169-24/3-06 від 10.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОТАКСИМ , порошок для розчину для ін'єкцій, п картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**315169-24/3-06 від 10.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОТАКСИМ , порошок для розчину для ін'єкцій, п картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266292-21/3-116 від 20.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФУРОКСИМ ДЕВА, таблетки, вкриті плівковою об блістеру у картонній коробці**
Заявник	**ДЕВА Холдинг А.С., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266292-21/3-116 від 20.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФУРОКСИМ ДЕВА, таблетки, вкриті плівковою об блістеру у картонній коробці**
Заявник	**ДЕВА Холдинг А.С., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266292-21/3-116 від 20.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФУРОКСИМ ДЕВА, таблетки, вкриті плівковою об блістеру у картонній коробці**
Заявник	**ДЕВА Холдинг А.С., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266292-21/3-116 від 20.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФУРОКСИМ ДЕВА, таблетки, вкриті плівковою об блістеру у картонній коробці**
Заявник	**ДЕВА Холдинг А.С., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266292-21/3-116 від 20.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФУРОКСИМ ДЕВА, таблетки, вкриті плівковою об блістеру у картонній коробці**
Заявник	**ДЕВА Холдинг А.С., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266292-21/3-116 від 20.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФУРОКСИМ ДЕВА, таблетки, вкриті плівковою об блістеру у картонній коробці**
Заявник	**ДЕВА Холдинг А.С., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314615-24/B-97 від 30.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИПРОФЛОКСАЦИНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок кр виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**ТОВ "ТК "Аврора", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314615-24/B-97 від 30.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИПРОФЛОКСАЦИНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок кр виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**ТОВ "ТК "Аврора", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ВЛ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**314615-24/B-97 від 30.04.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИПРОФЛОКСАЦИНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок кр виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**ТОВ "ТК "Аврора", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316080-24/В-60 від 29.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТИКОЛІН-ЗДОРОВ`Я, розчин оральний, 100 мг/мл по 30 мл, по 50 мл або по 100 мл у флаконі зі скла; по 1 по 50 мл або по 100 мл у флаконі полімерному; по 1 фл По 10 мл у саше; по 20 саше у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316080-24/В-60 від 29.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТИКОЛІН-ЗДОРОВ`Я, розчин оральний, 100 мг/мл по 30 мл, по 50 мл або по 100 мл у флаконі зі скла; по 1 по 50 мл або по 100 мл у флаконі полімерному; по 1 фл По 10 мл у саше; по 20 саше у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**316080-24/В-60 від 29.05.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТИКОЛІН-ЗДОРОВ`Я, розчин оральний, 100 мг/мл по 30 мл, по 50 мл або по 100 мл у флаконі зі скла; по 1 по 50 мл або по 100 мл у флаконі полімерному; по 1 фл По 10 мл у саше; по 20 саше у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТ**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308493-24/З-145, 308494-24/З-145 від 15.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТРІК® 500, таблетки по 500 мг/65 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або по 2, або по 3 блістер пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308493-24/3-145, 308494-24/3-145 від 15.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТРІК® 500, таблетки по 500 мг/65 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або по 2, або по 3 блістер пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2024**	
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
	(дата)	

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**308493-24/3-145, 308494-24/3-145 від 15.01.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТРІК® 500, таблетки по 500 мг/65 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, або по 2, або по 3 блістер пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**21.08.2024 р. № 1470**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазн уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірен**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2024**	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2024**	
	(дата)	