ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**242037-20/B-60 від 01.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**DL-МЕТІОНІН, Порошок кристалічний (субстанція) у мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**242037-20/B-60 від 01.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**DL-МЕТІОНІН, Порошок кристалічний (субстанція) у мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**242037-20/B-60 від 01.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**DL-МЕТІОНІН, Порошок кристалічний (субстанція) у мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**235105-20/B-61, 235106-20/B-61, 235107-20/B-61, 252589-21/B-61 від 20.05.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**L-ТРИПТОФАН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для виробництва стерильних лікарських форм**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Мультіфарма", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**235105-20/B-61, 235106-20/B-61, 235107-20/B-61, 252589-21/B-61 від 20.05.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**L-ТРИПТОФАН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для виробництва стерильних лікарських форм**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Мультіфарма", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**235105-20/B-61, 235106-20/B-61, 235107-20/B-61, 252589-21/B-61 від 20.05.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**L-ТРИПТОФАН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для виробництва стерильних лікарських форм**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Мультіфарма", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**249598-20/B-60 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕНОМА-ГРАН, гранули;** **по 10 г у пеналі або у флаконі з кришкою; по 1 пеналу або флакону в пачці з картону з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**249598-20/B-60 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕНОМА-ГРАН, гранули; по 10 г у пеналі або у флаконі з кришкою; по 1 пеналу або флакону в пачці з картону з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**249598-20/B-60 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЕНОМА-ГРАН, гранули;** **по 10 г у пеналі або у флаконі з кришкою; по 1 пеналу або флакону в пачці з картону з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**244832-20/3-116 від 06.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДМЕНТА 10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**244832-20/3-116 від 06.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДМЕНТА 10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**244832-20/3-116 від 06.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДМЕНТА 10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**248418-20/3-88, 248419-20/3-88, 248420-20/3-88, 248421-20/3-88, 248422-20/3-88, 248425-20/3-88 від 02.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗАРГА®, краплі очні; по 5 мл у флаконі-крапельниці "Дроп-Тейнер®"; по 1 флакону-крапельниці у коробці з картону**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**248418-20/3-88, 248419-20/3-88, 248420-20/3-88, 248421-20/3-88, 248422-20/3-88, 248425-20/3-88 від 02.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗАРГА®, краплі очні; по 5 мл у флаконі-крапельниці "Дроп-Тейнер®"; по 1 флакону-крапельниці у коробці з картону**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**248418-20/3-88, 248419-20/3-88, 248420-20/3-88, 248421-20/3-88, 248422-20/3-88, 248425-20/3-88 від 02.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗАРГА®, краплі очні; по 5 мл у флаконі-крапельниці "Дроп-Тейнер®"; по 1 флакону-крапельниці у коробці з картону**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**250558-21/В-133 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЙГЛІМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/850 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250558-21/В-133 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЙГЛІМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/850 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250558-21/В-133 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЙГЛІМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/850 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**250559-21/B-133 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЙГЛІМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/1000 мг, in bulk: по 20 кг таблеток у поліетиленовому пакеті, вкладеному у потрійний ламінований пакет, що містить пакетик з силікагелем; вкладений у пластиковий барабан**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250559-21/В-133 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЙГЛІМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/1000 мг, in bulk: по 20 кг таблеток у поліетиленовому пакеті, вкладеному у потрійний ламінований пакет, що містить пакетик з силікагелем; вкладений у пластиковий барабан**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250559-21/В-133 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЙГЛІМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/1000 мг, in bulk: по 20 кг таблеток у поліетиленовому пакеті, вкладеному у потрійний ламінований пакет, що містить пакетик з силікагелем; вкладений у пластиковий барабан**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**250560-21/B-133 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЙГЛІМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/1000 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у пачці із картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250560-21/В-133 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЙГЛІМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/1000 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у пачці із картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250560-21/В-133 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЙГЛІМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/1000 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у пачці із картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**250561-21/B-133 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЙГЛІМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/850 мг, in bulk: по 20 кг таблеток у поліетиленовому пакеті, вкладеному у потрійний ламінований пакет, що містить пакетик з силікагелем; вкладений у пластиковий барабан**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250561-21/В-133 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЙГЛІМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/850 мг, in bulk: по 20 кг таблеток у поліетиленовому пакеті, вкладеному у потрійний ламінований пакет, що містить пакетик з силікагелем; вкладений у пластиковий барабан**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250561-21/B-133 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЙГЛІМЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/850 мг, in bulk: по 20 кг таблеток у поліетиленовому пакеті, вкладеному у потрійний ламінований пакет, що містить пакетик з силікагелем; вкладений у пластиковий барабан**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**246465-20/3-88 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТРАПІД® НМ, розчин для ін'єкцій, 100 МО/мл; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**246465-20/3-88 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТРАПІД® НМ, розчин для ін'єкцій, 100 МО/мл; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**246465-20/3-88 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТРАПІД® НМ, розчин для ін'єкцій, 100 МО/мл; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**237401-20/3-84 від 23.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТРАПІД® НМ ПЕНФІЛ®, розчин для ін'єкцій, 100 МО/мл; по 3 мл у картриджі; по 5 картриджів у картонній коробці**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**237401-20/3-84 від 23.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТРАПІД® НМ ПЕНФІЛ®, розчин для ін'єкцій, 100 МО/мл; по 3 мл у картриджі; по 5 картриджів у картонній коробці**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**237401-20/3-84 від 23.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТРАПІД® НМ ПЕНФІЛ®, розчин для ін'єкцій, 100 МО/мл; по 3 мл у картриджі; по 5 картриджів у картонній коробці**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**249222-20/3-116, 251157-21/3-60 від 16.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЕРГОЗАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**249222-20/3-116, 251157-21/3-60 від 16.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЕРГОЗАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**249222-20/3-116, 251157-21/3-60 від 16.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЕРГОЗАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**248746-20/B-39 від 08.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛТУМ, розчин для ін`єкцій, 100 мг/мл, по 5 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 2 блістери в пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**248746-20/B-39 від 08.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛТУМ, розчин для ін`єкцій, 100 мг/мл, по 5 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 2 блістери в пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**248746-20/В-39 від 08.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛТУМ, розчин для ін`єкцій, 100 мг/мл, по 5 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 2 блістери в пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**246489-20/3-124 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУВІА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг/25 мг; по 60 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг/50 мг; по 120 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**246489-20/3-124 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУВІА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг/25 мг; по 60 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг/50 мг; по 120 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**246489-20/3-124 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУВІА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг/25 мг; по 60 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг/50 мг; по 120 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**246489-20/3-124 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУВІА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг/25 мг; по 60 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг/50 мг; по 120 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**246489-20/3-124 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУВІА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг/25 мг; по 60 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг/50 мг; по 120 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**246489-20/3-124 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУВІА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг/25 мг; по 60 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг/50 мг; по 120 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**251696-21/B-94 від 03.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬЦМЕРАТ, розчин для ін`єкцій, 250 мг/мл, по 4 мл в ампулі, по 5, 10 або 100 ампул в пачці; по 4 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 1 або 2 блістери у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**251696-21/B-94 від 03.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬЦМЕРАТ, розчин для ін`єкцій, 250 мг/мл, по 4 мл в ампулі, по 5, 10 або 100 ампул в пачці; по 4 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 1 або 2 блістери у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**251696-21/B-94 від 03.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬЦМЕРАТ, розчин для ін`єкцій, 250 мг/мл, по 4 мл в ампулі, по 5, 10 або 100 ампул в пачці; по 4 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 1 або 2 блістери у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**244867-20/B-36, 244868-20/B-36, 244869-20/B-36, 244870-20/B-36, 244871-20/B-36 від 06.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІЗОН® МАКС , капсули по 0,5 г, по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**244867-20/B-36, 244868-20/B-36, 244869-20/B-36, 244870-20/B-36, 244871-20/B-36 від 06.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІЗОН® МАКС , капсули по 0,5 г, по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**244867-20/B-36, 244868-20/B-36, 244869-20/B-36, 244870-20/B-36, 244871-20/B-36 від 06.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІЗОН® МАКС , капсули по 0,5 г, по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**242936-20/B-66, 242937-20/B-66, 242938-20/B-66, 242939-20/B-66 від 14.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІТРИПТИЛІНУ ГІДРОХЛОРИД-ОЗ, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл, по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з картону; по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері, по 1 блістеру у пачці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері, по 2 блістеру у пачці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Дослідний завод "ГНЦЛС", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**242936-20/B-66, 242937-20/B-66, 242938-20/B-66, 242939-20/B-66 від 14.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІТРИПТИЛІНУ ГІДРОХЛОРИД-ОЗ, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл, по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з картону; по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері, по 1 блістеру у пачці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері, по 2 блістеру у пачці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Дослідний завод "ГНЦЛС", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**242936-20/B-66, 242937-20/B-66, 242938-20/B-66, 242939-20/B-66 від 14.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІТРИПТИЛІНУ ГІДРОХЛОРИД-ОЗ, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл, по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з картону; по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері, по 1 блістеру у пачці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері, по 2 блістеру у пачці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Дослідний завод "ГНЦЛС", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**233902-20/3-132 від 05.05.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНАПІРОН, розчин для інфузій 10 мг/мл, по 100 мл препарату в контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**233902-20/3-132 від 05.05.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНАПІРОН, розчин для інфузій 10 мг/мл, по 100 мл препарату в контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**233902-20/3-132 від 05.05.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНАПІРОН, розчин для інфузій 10 мг/мл, по 100 мл препарату в контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**249596-20/B-60 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНГІН-ГРАН, гранули;** **по 10 г у пеналі або флаконі з кришкою; по 1 пеналу або флакону з кришкою у пачці з картону з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**249596-20/B-60 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНГІН-ГРАН, гранули;** **по 10 г у пеналі або флаконі з кришкою; по 1 пеналу або флакону з кришкою у пачці з картону з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**249596-20/B-60 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНГІН-ГРАН, гранули;** **по 10 г у пеналі або флаконі з кришкою; по 1 пеналу або флакону з кришкою у пачці з картону з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**249370-20/3-82 від 17.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНЖЕЛІК, таблетки, вкриті оболонкою; по 28 таблеток у блістері з календарною шкалою, в паперовому мішечку в картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**249370-20/3-82 від 17.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНЖЕЛІК, таблетки, вкриті оболонкою; по 28 таблеток у блістері з календарною шкалою, в паперовому мішечку в картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**249370-20/3-82 від 17.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНЖЕЛІК, таблетки, вкриті оболонкою; по 28 таблеток у блістері з календарною шкалою, в паперовому мішечку в картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**237116-20/B-96, 237117-20/B-96, 237118-20/B-96 від 18.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНТРАЛЬ®, порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**237116-20/B-96, 237117-20/B-96, 237118-20/B-96 від 18.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНТРАЛЬ®, порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**237116-20/B-96, 237117-20/B-96, 237118-20/B-96 від 18.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНТРАЛЬ®, порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**246914-20/B-96 від 09.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНТРАЛЬ®, Порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**246914-20/B-96 від 09.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНТРАЛЬ®, Порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**246914-20/B-96 від 09.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНТРАЛЬ®, Порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**248584-20/3-124, 248585-20/3-124, 248586-20/3-124, 248587-20/3-124, 248588-20/3-124, 248589-20/3-124, 248590-20/3-124, 248591-20/3-124, 248592-20/3-124, 248593-20/3-124, 248594-20/3-124, 248595-20/3-124, 248596-20/3-124 від 03.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИКСТРА®, розчин для ін'єкцій, 2,5 мг/0,5 мл; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці; по 10 шприців у картонній коробці**
Заявник	**Аспен Фарма Трейдінг Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**248584-20/3-124, 248585-20/3-124, 248586-20/3-124, 248587-20/3-124, 248588-20/3-124, 248589-20/3-124, 248590-20/3-124, 248591-20/3-124, 248592-20/3-124, 248593-20/3-124, 248594-20/3-124, 248595-20/3-124, 248596-20/3-124 від 03.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИКСТРА®, розчин для ін'єкцій, 2,5 мг/0,5 мл; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці; по 10 шприців у картонній коробці**
Заявник	**Аспен Фарма Трейдінг Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**248584-20/3-124, 248585-20/3-124, 248586-20/3-124, 248587-20/3-124, 248588-20/3-124, 248589-20/3-124, 248590-20/3-124, 248591-20/3-124, 248592-20/3-124, 248593-20/3-124, 248594-20/3-124, 248595-20/3-124, 248596-20/3-124 від 03.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИКСТРА®, розчин для ін'єкцій, 2,5 мг/0,5 мл; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці; по 10 шприців у картонній коробці**
Заявник	**Аспен Фарма Трейдінг Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**250139-20/3-36 від 30.12.2020**
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 з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250139-20/3-36 від 30.12.2020**
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 з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250139-20/3-36 від 30.12.2020**
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 з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**250137-20/3-36 від 30.12.2020**
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 з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250137-20/3-36 від 30.12.2020**
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 з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250137-20/3-36 від 30.12.2020**
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 з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**250145-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИФОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250145-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИФОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250145-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИФОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**250148-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИФОН® РЕТАРД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії по 1,5 мг, для виробника АНФАРМ Підприємство Фармацевтичне АТ, Польща: по 30 таблеток у блістері, по 1 блістеру в коробці з картону; для виробників Лабораторії Серв'є Індастрі, Франція та Серв'є (Ірландія) Індастірс Лтд, Ірландія: по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250148-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИФОН® РЕТАРД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії по 1,5 мг, для виробника АНФАРМ Підприємство Фармацевтичне АТ, Польща: по 30 таблеток у блістері, по 1 блістеру в коробці з картону; для виробників Лабораторії Серв'є Індастрі, Франція та Серв'є (Ірландія) Індастірс Лтд, Ірландія: по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250148-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИФОН® РЕТАРД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії по 1,5 мг, для виробника АНФАРМ Підприємство Фармацевтичне АТ, Польща: по 30 таблеток у блістері, по 1 блістеру в коробці з картону; для виробників Лабораторії Серв'є Індастрі, Франція та Серв'є (Ірландія) Індастірс Лтд, Ірландія: по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**249595-20/B-60 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРТРО-ГРАН, гранули;** **по 10 г у пеналі; по 1 пеналу в пачці з картону з маркуванням українською мовою;** **по 10 г у флаконі з кришкою; по 1 флакону з кришкою в пачці з картону з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**249595-20/В-60 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРТРО-ГРАН, гранули;** **по 10 г у пеналі; по 1 пеналу в пачці з картону з маркуванням українською мовою;** **по 10 г у флаконі з кришкою; по 1 флакону з кришкою в пачці з картону з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**249595-20/B-60 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРТРО-ГРАН, гранули;** **по 10 г у пеналі; по 1 пеналу в пачці з картону з маркуванням українською мовою;** **по 10 г у флаконі з кришкою; по 1 флакону з кришкою в пачці з картону з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**251488-21/B-60 від 29.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСКОРУТИН, таблетки;** **по 10 таблеток у блістерах;** **по 10 таблеток у блістері; по 2, 5 або 10 блістерів у пачці з картону.**
Заявник	**ПАТ "Монфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**251488-21/B-60 від 29.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСКОРУТИН, таблетки;** **по 10 таблеток у блістерах;** **по 10 таблеток у блістері; по 2, 5 або 10 блістерів у пачці з картону.**
Заявник	**ПАТ "Монфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**251488-21/B-60 від 29.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСКОРУТИН, таблетки;** **по 10 таблеток у блістерах;** **по 10 таблеток у блістері; по 2, 5 або 10 блістерів у пачці з картону.**
Заявник	**ПАТ "Монфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**250638-21/В-97 від 15.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСКОФЕН-ДАРНИЦЯ, таблетки, по 6 або по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 6 або по 10 таблеток у контурних чарункових упаковках**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250638-21/В-97 від 15.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСКОФЕН-ДАРНИЦЯ, таблетки, по 6 або по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 6 або по 10 таблеток у контурних чарункових упаковках**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250638-21/В-97 від 15.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСКОФЕН-ДАРНИЦЯ, таблетки, по 6 або по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 6 або по 10 таблеток у контурних чарункових упаковках**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**249371-20/3-39, 249373-20/3-39 від 17.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОЛАЙЗА, таблетки по 5 мг, 10 мг, 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**249371-20/3-39, 249373-20/3-39 від 17.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОЛАЙЗА, таблетки по 5 мг, 10 мг, 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**249371-20/3-39, 249373-20/3-39 від 17.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОЛАЙЗА, таблетки по 5 мг, 10 мг, 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**249371-20/3-39, 249373-20/3-39 від 17.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОЛАЙЗА, таблетки по 5 мг, 10 мг, 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**249371-20/3-39, 249373-20/3-39 від 17.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОЛАЙЗА, таблетки по 5 мг, 10 мг, 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**249371-20/3-39, 249373-20/3-39 від 17.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОЛАЙЗА, таблетки по 5 мг, 10 мг, 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**249371-20/3-39, 249373-20/3-39 від 17.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОЛАЙЗА, таблетки по 5 мг, 10 мг, 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**249371-20/3-39, 249373-20/3-39 від 17.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОЛАЙЗА, таблетки по 5 мг, 10 мг, 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**249371-20/3-39, 249373-20/3-39 від 17.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АУРОЛАЙЗА, таблетки по 5 мг, 10 мг, 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**251665-21/B-28 від 03.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БАЛЬЗАМІЧНИЙ ЛІНІМЕНТ (ЗА ВИШНЕВСЬКИМ), лінімент по 25 г та 50 г у контейнерах; по 20 г або по 25 г, або по 40 г у тубах; по 20 г або по 25 г, або по 40 г у тубі, по 1 тубі у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**251665-21/B-28 від 03.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БАЛЬЗАМІЧНИЙ ЛІНІМЕНТ (ЗА ВИШНЕВСЬКИМ), лінімент по 25 г та 50 г у контейнерах; по 20 г або по 25 г, або по 40 г у тубах; по 20 г або по 25 г, або по 40 г у тубі, по 1 тубі у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**251665-21/B-28 від 03.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БАЛЬЗАМІЧНИЙ ЛІНІМЕНТ (ЗА ВИШНЕВСЬКИМ), лінімент по 25 г та 50 г у контейнерах; по 20 г або по 25 г, або по 40 г у тубах; по 20 г або по 25 г, або по 40 г у тубі, по 1 тубі у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**242715-20/B-126 від 09.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕЛІСА (БУЛО БЕЛІСА™), капсули; по 10 капсул у блістері, по 3 або 9 блістерів у пачці**
Заявник	**ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**242715-20/В-126 від 09.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕЛІСА (БУЛО БЕЛІСА™), капсули; по 10 капсул у блістері, по 3 або 9 блістерів у пачці**
Заявник	**ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**242715-20/B-126 від 09.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕЛІСА (БУЛО БЕЛІСА™), капсули; по 10 капсул у блістері, по 3 або 9 блістерів у пачці**
Заявник	**ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**241120-20/3-118 від 18.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕЛОГЕНТ, мазь по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці**
Заявник	**Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**241120-20/3-118 від 18.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕЛОГЕНТ, мазь по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці**
Заявник	**Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**241120-20/3-118 від 18.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕЛОГЕНТ, мазь по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці**
Заявник	**Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**241135-20/3-118 від 18.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕЛОГЕНТ, крем по 15 г або 30 г в тубі; по 1 тубі в картонній пачці**
Заявник	**Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**241135-20/3-118 від 18.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕЛОГЕНТ, крем по 15 г або 30 г в тубі; по 1 тубі в картонній пачці**
Заявник	**Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**241135-20/3-118 від 18.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕЛОГЕНТ, крем по 15 г або 30 г в тубі; по 1 тубі в картонній пачці**
Заявник	**Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**251365-21/3-124 від 27.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРОТЕК®Н, аерозоль дозований, 100 мкг/дозу; по 10 мл (200 доз) у металевому балончику з дозуючим клапаном; по 1 балончику у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**251365-21/З-124 від 27.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРОТЕК®Н, аерозоль дозований, 100 мкг/дозу; по 10 мл (200 доз) у металевому балончику з дозуючим клапаном; по 1 балончику у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**251365-21/З-124 від 27.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРОТЕК®Н, аерозоль дозований, 100 мкг/дозу; по 10 мл (200 доз) у металевому балончику з дозуючим клапаном; по 1 балончику у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**250087-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ/5 МГ, таблетки; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250087-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ/5 МГ, таблетки; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250087-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ/5 МГ, таблетки; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**250084-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ/10 МГ, таблетки; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250084-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ/10 МГ, таблетки; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250084-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ/10 МГ, таблетки; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**250081-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ/5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ/10 МГ, таблетки; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250081-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ/5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ/10 МГ, таблетки; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250081-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ/5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ/10 МГ, таблетки; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**250081-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ/5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ/10 МГ, таблетки; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250081-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ/5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ/10 МГ, таблетки; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250081-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ/5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ/10 МГ, таблетки; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**250094-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 3,5 МГ/2,5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 7 МГ/5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 14 МГ/10 МГ, таблетки по 3,5 мг/2,5 мг; по 7 мг/5 мг; по 14 мг/10 мг; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250094-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 3,5 МГ/2,5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 7 МГ/5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 14 МГ/10 МГ, таблетки по 3,5 мг/2,5 мг; по 7 мг/5 мг; по 14 мг/10 мг; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250094-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 3,5 МГ/2,5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 7 МГ/5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 14 МГ/10 МГ, таблетки по 3,5 мг/2,5 мг; по 7 мг/5 мг; по 14 мг/10 мг; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**250094-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 3,5 МГ/2,5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 7 МГ/5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 14 МГ/10 МГ, таблетки по 3,5 мг/2,5 мг; по 7 мг/5 мг; по 14 мг/10 мг; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250094-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 3,5 МГ/2,5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 7 МГ/5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 14 МГ/10 МГ, таблетки по 3,5 мг/2,5 мг; по 7 мг/5 мг; по 14 мг/10 мг; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250094-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 3,5 МГ/2,5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 7 МГ/5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 14 МГ/10 МГ, таблетки по 3,5 мг/2,5 мг; по 7 мг/5 мг; по 14 мг/10 мг; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**250094-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 3,5 МГ/2,5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 7 МГ/5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 14 МГ/10 МГ, таблетки по 3,5 мг/2,5 мг; по 7 мг/5 мг; по 14 мг/10 мг; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250094-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 3,5 МГ/2,5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 7 МГ/5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 14 МГ/10 МГ, таблетки по 3,5 мг/2,5 мг; по 7 мг/5 мг; по 14 мг/10 мг; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250094-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 3,5 МГ/2,5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 7 МГ/5 МГ, БІ-ПРЕСТАРІУМ® N 14 МГ/10 МГ, таблетки по 3,5 мг/2,5 мг; по 7 мг/5 мг; по 14 мг/10 мг; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**244115-20/В-132 від 28.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІСАКОДИЛ-ФАРМЕКС, супозиторії ректальні по 10 мг по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону; in bulk № 1200 (5х240): по 5 супозиторіїв у стрипі, по 240 стрипів у коробці; in bulk № 1600 (5х320): по 5 супозиторіїв у стрипі, по 320 стрипів у коробці**
Заявник	**ТОВ "ФАРМЕКС ГРУП", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**244115-20/В-132 від 28.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІСАКОДИЛ-ФАРМЕКС, супозиторії ректальні по 10 мг по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону; in bulk № 1200 (5х240): по 5 супозиторіїв у стрипі, по 240 стрипів у коробці; in bulk № 1600 (5х320): по 5 супозиторіїв у стрипі, по 320 стрипів у коробці**
Заявник	**ТОВ "ФАРМЕКС ГРУП", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**244115-20/В-132 від 28.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІСАКОДИЛ-ФАРМЕКС, супозиторії ректальні по 10 мг по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону; in bulk № 1200 (5х240): по 5 супозиторіїв у стрипі, по 240 стрипів у коробці; in bulk № 1600 (5х320): по 5 супозиторіїв у стрипі, по 320 стрипів у коробці**
Заявник	**ТОВ "ФАРМЕКС ГРУП", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**244115-20/В-132 від 28.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІСАКОДИЛ-ФАРМЕКС, супозиторії ректальні по 10 мг по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону; in bulk № 1200 (5х240): по 5 супозиторіїв у стрипі, по 240 стрипів у коробці; in bulk № 1600 (5х320): по 5 супозиторіїв у стрипі, по 320 стрипів у коробці**
Заявник	**ТОВ "ФАРМЕКС ГРУП", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**244115-20/В-132 від 28.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІСАКОДИЛ-ФАРМЕКС, супозиторії ректальні по 10 мг по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону; in bulk № 1200 (5х240): по 5 супозиторіїв у стрипі, по 240 стрипів у коробці; in bulk № 1600 (5х320): по 5 супозиторіїв у стрипі, по 320 стрипів у коробці**
Заявник	**ТОВ "ФАРМЕКС ГРУП", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**244115-20/В-132 від 28.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІСАКОДИЛ-ФАРМЕКС, супозиторії ректальні по 10 мг по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону; in bulk № 1200 (5х240): по 5 супозиторіїв у стрипі, по 240 стрипів у коробці; in bulk № 1600 (5х320): по 5 супозиторіїв у стрипі, по 320 стрипів у коробці**
Заявник	**ТОВ "ФАРМЕКС ГРУП", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**241277-20/3-118 від 19.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЛОГІР-3, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній пачці**
Заявник	**Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**241277-20/3-118 від 19.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЛОГІР-3, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній пачці**
Заявник	**Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**241277-20/3-118 від 19.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЛОГІР-3, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній пачці**
Заявник	**Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**241289-20/3-118 від 19.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЛОГІР-3, розчин оральний, 0,5 мг/мл по 60 мл або 120 мл у флаконі; по 1 флакону разом з мірною ложечкою (на 2,5 мл або 5 мл) в картонній пачці**
Заявник	**Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**241289-20/3-118 від 19.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЛОГІР-3, розчин оральний, 0,5 мг/мл по 60 мл або 120 мл у флаконі; по 1 флакону разом з мірною ложечкою (на 2,5 мл або 5 мл) в картонній пачці**
Заявник	**Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**241289-20/3-118 від 19.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЛОГІР-3, розчин оральний, 0,5 мг/мл по 60 мл або 120 мл у флаконі; по 1 флакону разом з мірною ложечкою (на 2,5 мл або 5 мл) в картонній пачці**
Заявник	**Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**222234-19/3-124, 222235-19/3-124, 222239-19/3-124, 222240-19/3-124, 240287-20/3-84 від 06.11.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОНДРОНАТ®, концентрат для розчину для інфузій, 6 мг/6 мл по 6 мл концентрату у флаконі зі скла; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Атнас Фарма ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**222234-19/3-124, 222235-19/3-124, 222239-19/3-124, 222240-19/3-124, 240287-20/3-84 від 06.11.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОНДРОНАТ®, концентрат для розчину для інфузій, 6 мг/6 мл по 6 мл концентрату у флаконі зі скла; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Атнас Фарма ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**222234-19/3-124, 222235-19/3-124, 222239-19/3-124, 222240-19/3-124, 240287-20/3-84 від 06.11.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОНДРОНАТ®, концентрат для розчину для інфузій, 6 мг/6 мл по 6 мл концентрату у флаконі зі скла; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Атнас Фарма ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**236935-20/B-92 від 17.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРИЛЬЯНТОВИЙ ЗЕЛЕНИЙ, розчин для зовнішнього застосування, спиртовий 1% у флаконах по 10 мл, 20 мл або по 25 мл**
Заявник	**Державне підприємство "Експериментальний завод медичних препаратів Інституту біоорганічної хімії та нафтохімії Національної академії наук України", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**236935-20/В-92 від 17.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРИЛЬЯНТОВИЙ ЗЕЛЕНИЙ, розчин для зовнішнього застосування, спиртовий 1% у флаконах по 10 мл, 20 мл або по 25 мл**
Заявник	**Державне підприємство "Експериментальний завод медичних препаратів Інституту біоорганічної хімії та нафтохімії Національної академії наук України", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**236935-20/B-92 від 17.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРИЛЬЯНТОВИЙ ЗЕЛЕНИЙ, розчин для зовнішнього застосування, спиртовий 1% у флаконах по 10 мл, 20 мл або по 25 мл**
Заявник	**Державне підприємство "Експериментальний завод медичних препаратів Інституту біоорганічної хімії та нафтохімії Національної академії наук України", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**250755-21/3-128, 250756-21/3-128 від 18.01.2021**
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	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250755-21/3-128, 250756-21/3-128 від 18.01.2021**
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	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250755-21/3-128, 250756-21/3-128 від 18.01.2021**
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	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**218275-19/3-124 від 04.09.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУСКОПАН®, таблетки, вкриті цукровою оболонкою, по 10 мг; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**218275-19/3-124 від 04.09.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУСКОПАН®, таблетки, вкриті цукровою оболонкою, по 10 мг; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**218275-19/3-124 від 04.09.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУСКОПАН®, таблетки, вкриті цукровою оболонкою, по 10 мг; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**251664-21/В-28 від 03.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЗЕЛІН, мазь по 25 г або по 50 г у контейнерах; по 25 г у тубах; по 25 г у тубі; по 1 тубі у пачці; по 20 г у тубах; по 20 г у тубі ; по 1 тубі у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**251664-21/В-28 від 03.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЗЕЛІН, мазь по 25 г або по 50 г у контейнерах; по 25 г у тубах; по 25 г у тубі; по 1 тубі у пачці; по 20 г у тубах; по 20 г у тубі ; по 1 тубі у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**251664-21/B-28 від 03.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЗЕЛІН, мазь по 25 г або по 50 г у контейнерах; по 25 г у тубах; по 25 г у тубі; по 1 тубі у пачці; по 20 г у тубах; по 20 г у тубі ; по 1 тубі у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**249377-20/3-39 від 17.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАР-Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 80 мг/12,5 мг або 160 мг/25 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**249377-20/3-39 від 17.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАР-Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 80 мг/12,5 мг або 160 мг/25 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**249377-20/3-39 від 17.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАР-Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 80 мг/12,5 мг або 160 мг/25 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**249377-20/3-39 від 17.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАР-Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 80 мг/12,5 мг або 160 мг/25 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**249377-20/3-39 від 17.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАР-Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 80 мг/12,5 мг або 160 мг/25 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**249377-20/3-39 від 17.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАР-Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 80 мг/12,5 мг або 160 мг/25 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**250105-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАКОРАМ® 3,5 МГ/2,5 МГ, ВІАКОРАМ® 7 МГ/5 МГ, ВІАКОРАМ® 14 МГ/10 МГ , таблетки по 3,5 мг/2,5 мг; по 7 мг/5 мг; по 14 мг/10 мг; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250105-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАКОРАМ® 3,5 МГ/2,5 МГ, ВІАКОРАМ® 7 МГ/5 МГ, ВІАКОРАМ® 14 МГ/10 МГ , таблетки по 3,5 мг/2,5 мг; по 7 мг/5 мг; по 14 мг/10 мг; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250105-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАКОРАМ® 3,5 МГ/2,5 МГ, ВІАКОРАМ® 7 МГ/5 МГ, ВІАКОРАМ® 14 МГ/10 МГ , таблетки по 3,5 мг/2,5 мг; по 7 мг/5 мг; по 14 мг/10 мг; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**250105-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАКОРАМ® 3,5 МГ/2,5 МГ, ВІАКОРАМ® 7 МГ/5 МГ, ВІАКОРАМ® 14 МГ/10 МГ , таблетки по 3,5 мг/2,5 мг; по 7 мг/5 мг; по 14 мг/10 мг; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250105-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАКОРАМ® 3,5 МГ/2,5 МГ, ВІАКОРАМ® 7 МГ/5 МГ, ВІАКОРАМ® 14 МГ/10 МГ , таблетки по 3,5 мг/2,5 мг; по 7 мг/5 мг; по 14 мг/10 мг; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250105-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАКОРАМ® 3,5 МГ/2,5 МГ, ВІАКОРАМ® 7 МГ/5 МГ, ВІАКОРАМ® 14 МГ/10 МГ , таблетки по 3,5 мг/2,5 мг; по 7 мг/5 мг; по 14 мг/10 мг; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**250105-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАКОРАМ® 3,5 МГ/2,5 МГ, ВІАКОРАМ® 7 МГ/5 МГ, ВІАКОРАМ® 14 МГ/10 МГ , таблетки по 3,5 мг/2,5 мг; по 7 мг/5 мг; по 14 мг/10 мг; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250105-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАКОРАМ® 3,5 МГ/2,5 МГ, ВІАКОРАМ® 7 МГ/5 МГ, ВІАКОРАМ® 14 МГ/10 МГ , таблетки по 3,5 мг/2,5 мг; по 7 мг/5 мг; по 14 мг/10 мг; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**250105-20/3-126 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАКОРАМ® 3,5 МГ/2,5 МГ, ВІАКОРАМ® 7 МГ/5 МГ, ВІАКОРАМ® 14 МГ/10 МГ , таблетки по 3,5 мг/2,5 мг; по 7 мг/5 мг; по 14 мг/10 мг; по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**245083-20/3-36 від 09.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІБРОЦИЛ, спрей назальний по 10 мл у флаконі з розпилювачем по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ГСК Консьюмер Хелскер С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**245083-20/3-36 від 09.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІБРОЦИЛ, спрей назальний по 10 мл у флаконі з розпилювачем по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ГСК Консьюмер Хелскер С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**245083-20/3-36 від 09.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІБРОЦИЛ, спрей назальний по 10 мл у флаконі з розпилювачем по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ГСК Консьюмер Хелскер С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

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

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

Реєстраційна форма, дата	**245085-20/3-36 від 09.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІБРОЦИЛ, краплі назальні по 15 мл у скляному флаконі з поліпропіленовою кришкою-крапельницею по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ГСК Консьюмер Хелскер С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

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

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**245085-20/3-36 від 09.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІБРОЦИЛ, краплі назальні по 15 мл у скляному флаконі з поліпропіленовою кришкою-крапельницею по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ГСК Консьюмер Хелскер С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245085-20/3-36 від 09.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІБРОЦИЛ, краплі назальні по 15 мл у скляному флаконі з поліпропіленовою кришкою-крапельницею по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ГСК Консьюмер Хелскер С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**220542-19/3-130, 220543-19/3-130, 220544-19/3-130, 220545-19/3-130, 220546-19/3-130, 220547-19/3-130, 220548-19/3-130, 220549-19/3-130, 220550-19/3-130, 220551-19/3-130, 220552-19/3-130, 220553-19/3-130, 220554-19/3-130, 220555-19/3-130, 220556-19/3-130, 220557-19/3-130, 220558-19/3-130, 220559-19/3-130, 220560-19/3-130, 220561-19/3-130, 220562-19/3-130, 220563-19/3-130, 220564-19/3-130, 250780-21/3-130 від 10.10.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІБРОЦИЛ, спрей назальний, дозований;** **по 15 мл у флаконі з розпилювачем; по 1 флакону у картонній коробці;**
Заявник	**ГСК Консьюмер Хелскер С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**220542-19/3-130, 220543-19/3-130, 220544-19/3-130, 220545-19/3-130, 220546-19/3-130, 220547-19/3-130, 220548-19/3-130, 220549-19/3-130, 220550-19/3-130, 220551-19/3-130, 220552-19/3-130, 220553-19/3-130, 220554-19/3-130, 220555-19/3-130, 220556-19/3-130, 220557-19/3-130, 220558-19/3-130, 220559-19/3-130, 220560-19/3-130, 220561-19/3-130, 220562-19/3-130, 220563-19/3-130, 220564-19/3-130, 250780-21/3-130 від 10.10.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІБРОЦИЛ, спрей назальний, дозований; по 15 мл у флаконі з розпилювачем; по 1 флакону у картонній коробці;**
Заявник	**ГСК Консьюмер Хелскер С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**220542-19/3-130, 220543-19/3-130, 220544-19/3-130, 220545-19/3-130, 220546-19/3-130, 220547-19/3-130, 220548-19/3-130, 220549-19/3-130, 220550-19/3-130, 220551-19/3-130, 220552-19/3-130, 220553-19/3-130, 220554-19/3-130, 220555-19/3-130, 220556-19/3-130, 220557-19/3-130, 220558-19/3-130, 220559-19/3-130, 220560-19/3-130, 220561-19/3-130, 220562-19/3-130, 220563-19/3-130, 220564-19/3-130, 250780-21/3-130 від 10.10.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІБРОЦИЛ, спрей назальний, дозований; по 15 мл у флаконі з розпилювачем; по 1 флакону у картонній коробці;**
Заявник	**ГСК Консьюмер Хелскер С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249672-20/3-133 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІЗАЛЛЕРГОЛ, краплі очні 0,2 % по 2,5 мл у пластиковому флаконі з крапельницею; по 1 флакону у картонній пачці**
Заявник	**СЕНТІСС ФАРМА Прайвет Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249672-20/3-133 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІЗАЛЛЕРГОЛ, краплі очні 0,2 % по 2,5 мл у пластиковому флаконі з крапельницею; по 1 флакону у картонній пачці**
Заявник	**СЕНТІСС ФАРМА Прайвет Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249672-20/3-133 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІЗАЛЛЕРГОЛ, краплі очні 0,2 % по 2,5 мл у пластиковому флаконі з крапельницею; по 1 флакону у картонній пачці**
Заявник	**СЕНТІСС ФАРМА Прайвет Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244609-20/3-97, 244611-20/3-97, 244612-20/3-97 від 30.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІЗИРИН, розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл, по 5 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244609-20/3-97, 244611-20/3-97, 244612-20/3-97 від 30.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІЗИРИН, розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл, по 5 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244609-20/3-97, 244611-20/3-97, 244612-20/3-97 від 30.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІЗИРИН, розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл, по 5 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253737-21/B-96 від 05.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІСМУТУ СУБГАЛАТ, порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах, які вміщені у картонний барабан або у поліетиленових пакетах, які вміщені у паперовий мішок для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253737-21/B-96 від 05.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІСМУТУ СУБГАЛАТ, порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах, які вміщені у картонний барабан або у поліетиленових пакетах, які вміщені у паперовий мішок для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253737-21/B-96 від 05.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІСМУТУ СУБГАЛАТ, порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах, які вміщені у картонний барабан або у поліетиленових пакетах, які вміщені у паперовий мішок для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246583-20/З-124, 246584-20/З-124 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТАЛІПІД, концентрат для розчину для інфузій; по 10 мл у скляній ампулі; по 10 ампул у картонній коробці**
Заявник	**Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246583-20/3-124, 246584-20/3-124 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТАЛІПІД, концентрат для розчину для інфузій; по 10 мл у скляній ампулі; по 10 ампул у картонній коробці**
Заявник	**Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246583-20/3-124, 246584-20/3-124 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТАЛІПІД, концентрат для розчину для інфузій; по 10 мл у скляній ампулі; по 10 ампул у картонній коробці**
Заявник	**Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246581-20/3-124, 246582-20/3-124 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТАЛІПІД ДЛЯ ДІТЕЙ, концентрат для розчину для інфузій; по 10 мл у скляній ампулі; по 10 ампул у картонній коробці**
Заявник	**Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246581-20/3-124, 246582-20/3-124 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТАЛІПІД ДЛЯ ДІТЕЙ, концентрат для розчину для інфузій; по 10 мл у скляній ампулі; по 10 ампул у картонній коробці**
Заявник	**Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246581-20/3-124, 246582-20/3-124 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТАЛІПІД ДЛЯ ДІТЕЙ, концентрат для розчину для інфузій; по 10 мл у скляній ампулі; по 10 ампул у картонній коробці**
Заявник	**Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251501-21/B-92 від 01.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТАМІН С 500, таблетки жувальні з персиковим смаком по 500 мг або апельсиновим смаком по 500 мг, або лимонним смаком по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів в пачці; по 30 таблеток у контейнері (баночці); по 1 контейнеру (баночці) у пачці; по 10 таблеток у блістерах; по 30 таблеток у контейнерах (баночках)**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251501-21/B-92 від 01.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТАМІН С 500, таблетки жувальні з персиковим смаком по 500 мг або апельсиновим смаком по 500 мг, або лимонним смаком по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів в пачці; по 30 таблеток у контейнері (баночці); по 1 контейнеру (баночці) у пачці; по 10 таблеток у блістерах; по 30 таблеток у контейнерах (баночках)**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251501-21/В-92 від 01.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТАМІН С 500, таблетки жувальні з персиковим смаком по 500 мг або апельсиновим смаком по 500 мг, або лимонним смаком по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів в пачці; по 30 таблеток у контейнері (баночці); по 1 контейнеру (баночці) у пачці; по 10 таблеток у блістерах; по 30 таблеток у контейнерах (баночках)**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251501-21/B-92 від 01.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТАМІН С 500, таблетки жувальні з персиковим смаком по 500 мг або апельсиновим смаком по 500 мг, або лимонним смаком по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів в пачці; по 30 таблеток у контейнері (баночці); по 1 контейнеру (баночці) у пачці; по 10 таблеток у блістерах; по 30 таблеток у контейнерах (баночках)**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251501-21/B-92 від 01.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТАМІН С 500, таблетки жувальні з персиковим смаком по 500 мг або апельсиновим смаком по 500 мг, або лимонним смаком по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів в пачці; по 30 таблеток у контейнері (баночці); по 1 контейнеру (баночці) у пачці; по 10 таблеток у блістерах; по 30 таблеток у контейнерах (баночках)**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251501-21/В-92 від 01.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТАМІН С 500, таблетки жувальні з персиковим смаком по 500 мг або апельсиновим смаком по 500 мг, або лимонним смаком по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів в пачці; по 30 таблеток у контейнері (баночці); по 1 контейнеру (баночці) у пачці; по 10 таблеток у блістерах; по 30 таблеток у контейнерах (баночках)**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251501-21/B-92 від 01.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТАМІН С 500, таблетки жувальні з персиковим смаком по 500 мг або апельсиновим смаком по 500 мг, або лимонним смаком по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів в пачці; по 30 таблеток у контейнері (баночці); по 1 контейнеру (баночці) у пачці; по 10 таблеток у блістерах; по 30 таблеток у контейнерах (баночках)**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251501-21/B-92 від 01.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТАМІН С 500, таблетки жувальні з персиковим смаком по 500 мг або апельсиновим смаком по 500 мг, або лимонним смаком по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів в пачці; по 30 таблеток у контейнері (баночці); по 1 контейнеру (баночці) у пачці; по 10 таблеток у блістерах; по 30 таблеток у контейнерах (баночках)**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251501-21/В-92 від 01.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТАМІН С 500, таблетки жувальні з персиковим смаком по 500 мг або апельсиновим смаком по 500 мг, або лимонним смаком по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів в пачці; по 30 таблеток у контейнері (баночці); по 1 контейнеру (баночці) у пачці; по 10 таблеток у блістерах; по 30 таблеток у контейнерах (баночках)**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247550-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247550-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247550-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247552-20/3-94, 247553-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247552-20/3-94, 247553-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247552-20/3-94, 247553-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247550-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247550-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247550-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247550-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247550-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247550-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247550-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247550-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247550-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247552-20/3-94, 247553-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247552-20/3-94, 247553-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247552-20/3-94, 247553-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247552-20/3-94, 247553-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247552-20/3-94, 247553-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247552-20/3-94, 247553-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247552-20/3-94, 247553-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247552-20/3-94, 247553-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247552-20/3-94, 247553-20/3-94 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТОПРИЛ, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг та по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**241707-20/B-60 від 25.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОДНЮ ПЕРОКСИД, Розчин для зовнішнього застосування 3%, по 100 мл у флаконах**
Заявник	**ТОВ "Фарма Черкас", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**241707-20/В-60 від 25.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОДНЮ ПЕРОКСИД, Розчин для зовнішнього застосування 3%, по 100 мл у флаконах**
Заявник	**ТОВ "Фарма Черкас", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**241707-20/B-60 від 25.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОДНЮ ПЕРОКСИД, Розчин для зовнішнього застосування 3%, по 100 мл у флаконах**
Заявник	**ТОВ "Фарма Черкас", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**241709-20/B-60, 241710-20/B-60 від 25.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОДНЮ ПЕРОКСИД, Розчин для зовнішнього застосування 3%, по 100 мл у флаконах**
Заявник	**ТОВ "Фарма Черкас", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**241709-20/B-60, 241710-20/B-60 від 25.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОДНЮ ПЕРОКСИД, Розчин для зовнішнього застосування 3%, по 100 мл у флаконах**
Заявник	**ТОВ "Фарма Черкас", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**241709-20/B-60, 241710-20/B-60 від 25.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВОДНЮ ПЕРОКСИД, Розчин для зовнішнього застосування 3%, по 100 мл у флаконах**
Заявник	**ТОВ "Фарма Черкас", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249540-20/B-61 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАСТРО-ГРАН, гранули по 10 г у пеналі; по 1 пеналу в пачці з картону; по 10 г у флаконі з кришкою; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249540-20/В-61 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАСТРО-ГРАН, гранули по 10 г у пеналі; по 1 пеналу в пачці з картону; по 10 г у флаконі з кришкою; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249540-20/В-61 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАСТРО-ГРАН, гранули по 10 г у пеналі; по 1 пеналу в пачці з картону; по 10 г у флаконі з кришкою; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250900-21/3-134 від 19.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕКСАКСИМ® / HEXAXIM 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	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250900-21/З-134 від 19.01.2021**
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	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250900-21/З-134 від 19.01.2021**
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	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

<table>
<tr><td>Відмовлено, причина</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">Передано співробітником СЛ

Прийнято співробітником ДКЕМ</td><td>__.__.2021</td><td></td></tr>
<tr><td>(дата)
__.__.2021</td><td>(П.І.Б. співробітник СЛ)</td></tr>
<tr><td>(дата)</td><td>(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)</td></tr>
</table>

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250700-21/3-98 від 16.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЛІБРА®, розчин для ін'єкцій по 30 мг/1 мл; по 1 мл (30 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою; розчин для ін'єкцій по 150 мг/1 мл; по 0,4 мл (60 мг); по 0,7 мл (105 мг); по 1 мл (150 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250700-21/3-98 від 16.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЛІБРА®, розчин для ін'єкцій по 30 мг/1 мл; по 1 мл (30 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою; розчин для ін'єкцій по 150 мг/1 мл; по 0,4 мл (60 мг); по 0,7 мл (105 мг); по 1 мл (150 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250700-21/3-98 від 16.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЛІБРА®, розчин для ін'єкцій по 30 мг/1 мл; по 1 мл (30 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою; розчин для ін'єкцій по 150 мг/1 мл; по 0,4 мл (60 мг); по 0,7 мл (105 мг); по 1 мл (150 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250700-21/3-98 від 16.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЛІБРА®, розчин для ін'єкцій по 30 мг/1 мл; по 1 мл (30 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою; розчин для ін'єкцій по 150 мг/1 мл; по 0,4 мл (60 мг); по 0,7 мл (105 мг); по 1 мл (150 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250700-21/3-98 від 16.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЛІБРА®, розчин для ін'єкцій по 30 мг/1 мл; по 1 мл (30 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою; розчин для ін'єкцій по 150 мг/1 мл; по 0,4 мл (60 мг); по 0,7 мл (105 мг); по 1 мл (150 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250700-21/3-98 від 16.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЛІБРА®, розчин для ін'єкцій по 30 мг/1 мл; по 1 мл (30 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою; розчин для ін'єкцій по 150 мг/1 мл; по 0,4 мл (60 мг); по 0,7 мл (105 мг); по 1 мл (150 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**241587-20/3-50, 241589-20/3-50, 241590-20/3-50, 241591-20/3-50, 241593-20/3-50, 241594-20/3-50, 241595-20/3-50, 241596-20/3-50, 241597-20/3-50, 241598-20/3-50, 241599-20/3-50, 241600-20/3-50, 241602-20/3-50, 241603-20/3-50, 241604-20/3-50, 241605-20/3-50 від 20.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИБІН, ліофілізат для розчину для інфузій по 200 мг; ліофілізат для розчину для інфузій по 1000 мг; ліофілізат для розчину для інфузій по 2000 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**241587-20/3-50, 241589-20/3-50, 241590-20/3-50, 241591-20/3-50, 241593-20/3-50, 241594-20/3-50, 241595-20/3-50, 241596-20/3-50, 241597-20/3-50, 241598-20/3-50, 241599-20/3-50, 241600-20/3-50, 241602-20/3-50, 241603-20/3-50, 241604-20/3-50, 241605-20/3-50 від 20.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИБІН, ліофілізат для розчину для інфузій по 200 мг; ліофілізат для розчину для інфузій по 1000 мг; ліофілізат для розчину для інфузій по 2000 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**241587-20/3-50, 241589-20/3-50, 241590-20/3-50, 241591-20/3-50, 241593-20/3-50, 241594-20/3-50, 241595-20/3-50, 241596-20/3-50, 241597-20/3-50, 241598-20/3-50, 241599-20/3-50, 241600-20/3-50, 241602-20/3-50, 241603-20/3-50, 241604-20/3-50, 241605-20/3-50 від 20.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИБІН, ліофілізат для розчину для інфузій по 200 мг; ліофілізат для розчину для інфузій по 1000 мг; ліофілізат для розчину для інфузій по 2000 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**241587-20/3-50, 241589-20/3-50, 241590-20/3-50, 241591-20/3-50, 241593-20/3-50, 241594-20/3-50, 241595-20/3-50, 241596-20/3-50, 241597-20/3-50, 241598-20/3-50, 241599-20/3-50, 241600-20/3-50, 241602-20/3-50, 241603-20/3-50, 241604-20/3-50, 241605-20/3-50 від 20.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИБІН, ліофілізат для розчину для інфузій по 200 мг; ліофілізат для розчину для інфузій по 1000 мг; ліофілізат для розчину для інфузій по 2000 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**241587-20/3-50, 241589-20/3-50, 241590-20/3-50, 241591-20/3-50, 241593-20/3-50, 241594-20/3-50, 241595-20/3-50, 241596-20/3-50, 241597-20/3-50, 241598-20/3-50, 241599-20/3-50, 241600-20/3-50, 241602-20/3-50, 241603-20/3-50, 241604-20/3-50, 241605-20/3-50 від 20.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИБІН, ліофілізат для розчину для інфузій по 200 мг; ліофілізат для розчину для інфузій по 1000 мг; ліофілізат для розчину для інфузій по 2000 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**241587-20/3-50, 241589-20/3-50, 241590-20/3-50, 241591-20/3-50, 241593-20/3-50, 241594-20/3-50, 241595-20/3-50, 241596-20/3-50, 241597-20/3-50, 241598-20/3-50, 241599-20/3-50, 241600-20/3-50, 241602-20/3-50, 241603-20/3-50, 241604-20/3-50, 241605-20/3-50 від 20.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИБІН, ліофілізат для розчину для інфузій по 200 мг; ліофілізат для розчину для інфузій по 1000 мг; ліофілізат для розчину для інфузій по 2000 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**241587-20/3-50, 241589-20/3-50, 241590-20/3-50, 241591-20/3-50, 241593-20/3-50, 241594-20/3-50, 241595-20/3-50, 241596-20/3-50, 241597-20/3-50, 241598-20/3-50, 241599-20/3-50, 241600-20/3-50, 241602-20/3-50, 241603-20/3-50, 241604-20/3-50, 241605-20/3-50 від 20.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИБІН, ліофілізат для розчину для інфузій по 200 мг; ліофілізат для розчину для інфузій по 1000 мг; ліофілізат для розчину для інфузій по 2000 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**241587-20/3-50, 241589-20/3-50, 241590-20/3-50, 241591-20/3-50, 241593-20/3-50, 241594-20/3-50, 241595-20/3-50, 241596-20/3-50, 241597-20/3-50, 241598-20/3-50, 241599-20/3-50, 241600-20/3-50, 241602-20/3-50, 241603-20/3-50, 241604-20/3-50, 241605-20/3-50 від 20.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИБІН, ліофілізат для розчину для інфузій по 200 мг; ліофілізат для розчину для інфузій по 1000 мг; ліофілізат для розчину для інфузій по 2000 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**241587-20/3-50, 241589-20/3-50, 241590-20/3-50, 241591-20/3-50, 241593-20/3-50, 241594-20/3-50, 241595-20/3-50, 241596-20/3-50, 241597-20/3-50, 241598-20/3-50, 241599-20/3-50, 241600-20/3-50, 241602-20/3-50, 241603-20/3-50, 241604-20/3-50, 241605-20/3-50 від 20.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИБІН, ліофілізат для розчину для інфузій по 200 мг; ліофілізат для розчину для інфузій по 1000 мг; ліофілізат для розчину для інфузій по 2000 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**237806-20/З-130, 237807-20/З-130, 237809-20/З-130, 237810-20/З-130, 237811-20/З-130, 237812-20/З-130, 237813-20/З-130 від 01.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕНВОЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці;**
Заявник	**Гілеад Сайєнсиз Айеленд ЮС , Ірландія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**237806-20/З-130, 237807-20/З-130, 237809-20/З-130, 237810-20/З-130, 237811-20/З-130, 237812-20/З-130, 237813-20/З-130 від 01.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕНВОЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці;**
Заявник	**Гілеад Сайєнсиз Айеленд ЮС , Ірландія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**237806-20/3-130, 237807-20/3-130, 237809-20/3-130, 237810-20/3-130, 237811-20/3-130, 237812-20/3-130, 237813-20/3-130 від 01.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕНВОЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці;**
Заявник	**Гілеад Сайєнсиз Айеленд ЮС , Ірландія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236167-20/В-02 від 05.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПАВАЛ®, порошок для розчину для ін`єкцій по 600 мг у флаконах; по 10 флаконів у картонній коробці в комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл в ампулах № 10**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236167-20/В-02 від 05.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПАВАЛ®, порошок для розчину для ін`єкцій по 600 мг у флаконах; по 10 флаконів у картонній коробці в комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл в ампулах № 10**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236167-20/B-02 від 05.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПАВАЛ®, порошок для розчину для ін`єкцій по 600 мг у флаконах; по 10 флаконів у картонній коробці в комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл в ампулах № 10**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236166-20/B-02 від 05.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПАВАЛ®, порошок для розчину для ін'єкцій по 600 мг; in bulk: по 200 флаконів у лотку, по 4 лотки (800 флаконів) у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236166-20/В-02 від 05.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПАВАЛ®, порошок для розчину для ін'єкцій по 600 мг; in bulk: по 200 флаконів у лотку, по 4 лотки (800 флаконів) у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236166-20/B-02 від 05.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПАВАЛ®, порошок для розчину для ін'єкцій по 600 мг; in bulk: по 200 флаконів у лотку, по 4 лотки (800 флаконів) у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247100-20/3-98 від 11.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІНІПРАЛ, Розчин для ін'єкцій, 10 мкг/2 мл по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Такеда Австрія ГмбХ , Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247100-20/3-98 від 11.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІНІПРАЛ, Розчин для ін'єкцій, 10 мкг/2 мл по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Такеда Австрія ГмбХ , Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247100-20/3-98 від 11.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІНІПРАЛ, Розчин для ін'єкцій, 10 мкг/2 мл по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Такеда Австрія ГмбХ , Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247119-20/3-98 від 11.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІНІПРАЛ, Концентрат для розчину для інфузій, 25 мкг/5 мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Такеда Австрія ГмбХ , Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247119-20/3-98 від 11.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІНІПРАЛ, Концентрат для розчину для інфузій, 25 мкг/5 мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Такеда Австрія ГмбХ , Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247119-20/3-98 від 11.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІНІПРАЛ, Концентрат для розчину для інфузій, 25 мкг/5 мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Такеда Австрія ГмбХ , Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245912-20/3-60, 245913-20/3-60, 245914-20/3-60, 245915-20/3-60, 245916-20/3-60, 245917-20/3-60 від 23.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІАТИЛІН, капсули м'які по 400 мг; по 14 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці з маркуванням українською мовою ;**
Заявник	**ІТАЛФАРМАКО С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245912-20/3-60, 245913-20/3-60, 245914-20/3-60, 245915-20/3-60, 245916-20/3-60, 245917-20/3-60 від 23.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІАТИЛІН, капсули м'які по 400 мг; по 14 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці з маркуванням українською мовою ;**
Заявник	**ІТАЛФАРМАКО С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245912-20/3-60, 245913-20/3-60, 245914-20/3-60, 245915-20/3-60, 245916-20/3-60, 245917-20/3-60 від 23.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІАТИЛІН, капсули м'які по 400 мг; по 14 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці з маркуванням українською мовою ;**
Заявник	**ІТАЛФАРМАКО С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248615-20/3-28 від 03.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІЦЕРИНОВІ СУПОЗИТОРІЇ "ФАРМІНА", супозиторії по 0,75 г або по 1,5 г по 5 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фарміна Лтд, Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248615-20/3-28 від 03.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІЦЕРИНОВІ СУПОЗИТОРІЇ "ФАРМІНА", супозиторії по 0,75 г або по 1,5 г по 5 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фарміна Лтд, Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248615-20/3-28 від 03.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІЦЕРИНОВІ СУПОЗИТОРІЇ "ФАРМІНА", супозиторії по 0,75 г або по 1,5 г по 5 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фарміна Лтд, Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248615-20/3-28 від 03.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІЦЕРИНОВІ СУПОЗИТОРІЇ "ФАРМІНА", супозиторії по 0,75 г або по 1,5 г по 5 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фарміна Лтд, Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248615-20/3-28 від 03.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІЦЕРИНОВІ СУПОЗИТОРІЇ "ФАРМІНА", супозиторії по 0,75 г або по 1,5 г по 5 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фарміна Лтд, Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248615-20/3-28 від 03.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІЦЕРИНОВІ СУПОЗИТОРІЇ "ФАРМІНА", супозиторії по 0,75 г або по 1,5 г по 5 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фарміна Лтд, Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247174-20/B-124 від 11.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРАНОЦИТ® 34, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 33,6 млн МО (263 мкг)** **№ 5: по 5 флаконів зі скла типа I с ліофілізатом, укупорених пробками гумовими бутиловими та обжатих ковпачками алюмінієвими в комплекті з 5 ампулами по 1 мл зі скла типу I з розчинником (вода для ін'єкцій) в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247174-20/B-124 від 11.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРАНОЦИТ® 34, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 33,6 млн МО (263 мкг)** **№ 5: по 5 флаконів зі скла типа I с ліофілізатом, укупорених пробками гумовими бутиловими та обжатих ковпачками алюмінієвими в комплекті з 5 ампулами по 1 мл зі скла типу I з розчинником (вода для ін'єкцій) в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247174-20/B-124 від 11.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРАНОЦИТ® 34, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 33,6 млн МО (263 мкг)** **№ 5: по 5 флаконів зі скла типа I с ліофілізатом, укупорених пробками гумовими бутиловими та обжатих ковпачками алюмінієвими в комплекті з 5 ампулами по 1 мл зі скла типу I з розчинником (вода для ін'єкцій) в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249630-20/B-60 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИП-ГРАН , гранули;** **по 10 г у пеналі або у флаконі з кришкою; по 1 пеналу або флакону в пачці з картону з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249630-20/B-60 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИП-ГРАН , гранули;** **по 10 г у пеналі або у флаконі з кришкою; по 1 пеналу або флакону в пачці з картону з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249630-20/B-60 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИП-ГРАН , гранули;** **по 10 г у пеналі або у флаконі з кришкою; по 1 пеналу або флакону в пачці з картону з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251567-21/3-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАВЕРІС, краплі очні, розчин 40 мкг/мл, по 2,5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**УОРЛД МЕДИЦИН ЛТД, Грузія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251567-21/3-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАВЕРІС, краплі очні, розчин 40 мкг/мл, по 2,5 мл у флакони-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**УОРЛД МЕДИЦИН ЛТД, Грузія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251567-21/3-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАВЕРІС, краплі очні, розчин 40 мкг/мл, по 2,5 мл у флакони-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**УОРЛД МЕДИЦИН ЛТД, Грузія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240925-20/3-82 від 13.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕАКУРА®, таблетки по 5 мг, по 50 або по 100 таблеток у флаконі, по 1 флакону у картонній пачці**
Заявник	**Дермафарм АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240925-20/3-82 від 13.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕАКУРА®, таблетки по 5 мг, по 50 або по 100 таблеток у флаконі, по 1 флакону у картонній пачці**
Заявник	**Дермафарм АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240925-20/3-82 від 13.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕАКУРА®, таблетки по 5 мг, по 50 або по 100 таблеток у флаконі, по 1 флакону у картонній пачці**
Заявник	**Дермафарм АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246318-20/3-94 від 28.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕЗРАДИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246318-20/3-94 від 28.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕЗРАДИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246318-20/3-94 від 28.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕЗРАДИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248479-20/B-92, 248480-20/B-92, 248481-20/B-92, 248482-20/B-92, 248483-20/B-92 від 02.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСКЕТОПРОФЕНУ ТРОМЕТАМОЛ, порошок (субстанція) в мішках поліетиленових для виробництва стерильних і нестерильних лікарських форм**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248479-20/B-92, 248480-20/B-92, 248481-20/B-92, 248482-20/B-92, 248483-20/B-92 від 02.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСКЕТОПРОФЕНУ ТРОМЕТАМОЛ, порошок (субстанція) в мішках поліетиленових для виробництва стерильних і нестерильних лікарських форм**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248479-20/B-92, 248480-20/B-92, 248481-20/B-92, 248482-20/B-92, 248483-20/B-92 від 02.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСКЕТОПРОФЕНУ ТРОМЕТАМОЛ, порошок (субстанція) в мішках поліетиленових для виробництва стерильних і нестерильних лікарських форм**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244786-20/3-94 від 05.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕНІПІМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, 1 флакон з порошком у коробці з картону**
Заявник	**ВІТА САН ЛТД, Великобританія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244786-20/3-94 від 05.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕНІПІМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, 1 флакон з порошком у коробці з картону**
Заявник	**ВІТА САН ЛТД, Великобританія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244786-20/3-94 від 05.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕНІПІМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, 1 флакон з порошком у коробці з картону**
Заявник	**ВІТА САН ЛТД, Великобританія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249125-20/3-134 від 15.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕПАНТОЛ®, супозиторії вагінальні по 5 супозиторіїв у блістері; по 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249125-20/3-134 від 15.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕПАНТОЛ®, супозиторії вагінальні по 5 супозиторіїв у блістері; по 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249125-20/3-134 від 15.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕПАНТОЛ®, супозиторії вагінальні по 5 супозиторіїв у блістері; по 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253782-21/3-60 від 09.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМАДРІН, мазь, 20 мг/г;** **по 20 г або по 50 г, або по 100 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**Фармацеутіше Фабрік Монтавіт ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253782-21/3-60 від 09.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМАДРІН, мазь, 20 мг/г;** **по 20 г або по 50 г, або по 100 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**Фармацеутіше Фабрік Монтавіт ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253782-21/3-60 від 09.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМАДРІН, мазь, 20 мг/г; по 20 г або по 50 г, або по 100 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**Фармацеутіше Фабрік Монтавіт ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251785-21/3-84 від 08.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМОВЕЙТ™, крем 0,05 %; по 25 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251785-21/3-84 від 08.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМОВЕЙТ™, крем 0,05 %; по 25 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251785-21/3-84 від 08.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМОВЕЙТ™, крем 0,05 %; по 25 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251798-21/3-84 від 08.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМОВЕЙТ™, мазь 0,05 %; по 25 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251798-21/3-84 від 08.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМОВЕЙТ™, мазь 0,05 %; по 25 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251798-21/3-84 від 08.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕРМОВЕЙТ™, мазь 0,05 %; по 25 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250118-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕТРАЛЕКС®, ДЕТРАЛЕКС® 1000 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 15 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг, по 9 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250118-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕТРАЛЕКС®, ДЕТРАЛЕКС® 1000 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 15 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг, по 9 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250118-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕТРАЛЕКС®, ДЕТРАЛЕКС® 1000 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 15 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг, по 9 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250118-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕТРАЛЕКС®, ДЕТРАЛЕКС® 1000 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 15 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг, по 9 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250118-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕТРАЛЕКС®, ДЕТРАЛЕКС® 1000 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 15 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг, по 9 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250118-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕТРАЛЕКС®, ДЕТРАЛЕКС® 1000 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 15 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг, по 9 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253766-21/B-92 від 05.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИКЛОФЕНАК, гель 50 мг/г, по 40 г гелю у тубі алюмінієвій №1; у пачці з картону; по 100 г у тубі ламінатній №1; у пачці з картону**
Заявник	**ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253766-21/В-92 від 05.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИКЛОФЕНАК, гель 50 мг/г, по 40 г гелю у тубі алюмінієвій №1; у пачці з картону; по 100 г у тубі ламінатній №1; у пачці з картону**
Заявник	**ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253766-21/B-92 від 05.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИКЛОФЕНАК, гель 50 мг/г, по 40 г гелю у тубі алюмінієвій №1; у пачці з картону; по 100 г у тубі ламінатній №1; у пачці з картону**
Заявник	**ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250672-21/3-130 від 16.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЕРЕЛІН®, порошок по 0,1 мг та розчинник для розчину для ін'єкцій;** **по 7 флаконів з порошком та 7 ампул з 1 мл розчинника (розчин натрію хлориду 0,9 %) у картонній коробці**
Заявник	**ІПСЕН ФАРМА, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250672-21/З-130 від 16.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЕРЕЛІН®, порошок по 0,1 мг та розчинник для розчину для ін'єкцій;** **по 7 флаконів з порошком та 7 ампул з 1 мл розчинника (розчин натрію хлориду 0,9 %) у картонній коробці**
Заявник	**ІПСЕН ФАРМА, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250672-21/З-130 від 16.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЕРЕЛІН®, порошок по 0,1 мг та розчинник для розчину для ін'єкцій;** **по 7 флаконів з порошком та 7 ампул з 1 мл розчинника (розчин натрію хлориду 0,9 %) у картонній коробці**
Заявник	**ІПСЕН ФАРМА, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250487-21/В-134 від 13.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАВІТЕК ПД 4 1,36%, ДІАВІТЕК ПД 4 2,27%, ДІАВІТЕК ПД 4 3,86%, розчин для перитонеального діалізу** **по 2000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 2000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 або 5 комплектів у картонній коробці;** **по 2500 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 2500 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці;** **по 5000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 5000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці.**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи	

(оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2021**	(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	**250487-21/В-134 від 13.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАВІТЕК ПД 4 1,36%, ДІАВІТЕК ПД 4 2,27%, ДІАВІТЕК ПД 4 3,86%, розчин для перитонеального діалізу** **по 2000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 2000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 або 5 комплектів у картонній коробці;** **по 2500 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 2500 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці;** **по 5000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 5000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці.**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи	

(оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250487-21/В-134 від 13.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАВІТЕК ПД 4 1,36%, ДІАВІТЕК ПД 4 2,27%, ДІАВІТЕК ПД 4 3,86%, розчин для перитонеального діалізу** **по 2000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 2000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 або 5 комплектів у картонній коробці;** **по 2500 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 2500 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці;** **по 5000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 5000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці.**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи	

(оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250487-21/В-134 від 13.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАВІТЕК ПД 4 1,36%, ДІАВІТЕК ПД 4 2,27%, ДІАВІТЕК ПД 4 3,86%, розчин для перитонеального діалізу** **по 2000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 2000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 або 5 комплектів у картонній коробці;** **по 2500 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 2500 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці;** **по 5000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 5000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці.**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи	

(оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2021**	(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	**250487-21/В-134 від 13.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАВІТЕК ПД 4 1,36%, ДІАВІТЕК ПД 4 2,27%, ДІАВІТЕК ПД 4 3,86%, розчин для перитонеального діалізу** **по 2000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 2000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 або 5 комплектів у картонній коробці;** **по 2500 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 2500 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці;** **по 5000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 5000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці.**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи	

(оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250487-21/В-134 від 13.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАВІТЕК ПД 4 1,36%, ДІАВІТЕК ПД 4 2,27%, ДІАВІТЕК ПД 4 3,86%, розчин для перитонеального діалізу** **по 2000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 2000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 або 5 комплектів у картонній коробці;** **по 2500 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 2500 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці;** **по 5000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 5000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці.**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи	

(оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250487-21/В-134 від 13.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАВІТЕК ПД 4 1,36%, ДІАВІТЕК ПД 4 2,27%, ДІАВІТЕК ПД 4 3,86%, розчин для перитонеального діалізу** **по 2000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 2000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 або 5 комплектів у картонній коробці;** **по 2500 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 2500 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці;** **по 5000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 5000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці.**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи	

(оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2021**	(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	**250487-21/В-134 від 13.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАВІТЕК ПД 4 1,36%, ДІАВІТЕК ПД 4 2,27%, ДІАВІТЕК ПД 4 3,86%, розчин для перитонеального діалізу** **по 2000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 2000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 або 5 комплектів у картонній коробці;** **по 2500 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 2500 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці;** **по 5000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 5000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці.**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи	

(оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250487-21/В-134 від 13.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАВІТЕК ПД 4 1,36%, ДІАВІТЕК ПД 4 2,27%, ДІАВІТЕК ПД 4 3,86%, розчин для перитонеального діалізу** **по 2000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 2000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 або 5 комплектів у картонній коробці;** **по 2500 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 2500 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці;** **по 5000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет;** **по 5000 мл розчину у контейнері полімерному, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим пакетом для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці.**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи	

(оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250402-21/3-28 від 11.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОЛУТЕГРАВІР 50 МГ, ЛАМІВУДИН 300 МГ ТА ТЕНОФОВІРУ ДИЗОПРОКСИЛУ ФУМАРАТ 300 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою (50 мг/300 мг/300 мг) по 30 або по 90, або по 100 таблеток у пластиковому контейнері, що містить два саше з силікагелем, по 1 контейнеру у картонній упаковці; по 180 таблеток у пластиковому контейнері, що містить три саше з силікагелем, по 1 контейнеру у картонній упаковці; по 30 або по 90, або по 100 таблеток у пластиковому контейнері, що містить два саше з силікагелем; по 180 таблеток у пластиковому контейнері, що містить три саше з силікагелем.**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250402-21/З-28 від 11.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОЛУТЕГРАВІР 50 МГ, ЛАМІВУДИН 300 МГ ТА ТЕНОФОВІРУ ДИЗОПРОКСИЛУ ФУМАРАТ 300 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою (50 мг/300 мг/300 мг) по 30 або по 90, або по 100 таблеток у пластиковому контейнері, що містить два саше з силікагелем, по 1 контейнеру у картонній упаковці; по 180 таблеток у пластиковому контейнері, що містить три саше з силікагелем, по 1 контейнеру у картонній упаковці; по 30 або по 90, або по 100 таблеток у пластиковому контейнері, що містить два саше з силікагелем; по 180 таблеток у пластиковому контейнері, що містить три саше з силікагелем.**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250402-21/З-28 від 11.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОЛУТЕГРАВІР 50 МГ, ЛАМІВУДИН 300 МГ ТА ТЕНОФОВІРУ ДИЗОПРОКСИЛУ ФУМАРАТ 300 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою (50 мг/300 мг/300 мг) по 30 або по 90, або по 100 таблеток у пластиковому контейнері, що містить два саше з силікагелем, по 1 контейнеру у картонній упаковці; по 180 таблеток у пластиковому контейнері, що містить три саше з силікагелем, по 1 контейнеру у картонній упаковці; по 30 або по 90, або по 100 таблеток у пластиковому контейнері, що містить два саше з силікагелем; по 180 таблеток у пластиковому контейнері, що містить три саше з силікагелем.**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**241342-20/3-88, 241343-20/3-88 від 19.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУОТРАВ®, краплі очні, по 2,5 мл у флаконі-крапельниці в проміжній упаковці, що вкладається в коробку з картону**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**241342-20/3-88, 241343-20/3-88 від 19.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУОТРАВ®, краплі очні, по 2,5 мл у флаконі-крапельниці в проміжній упаковці, що вкладається в коробку з картону**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**241342-20/3-88, 241343-20/3-88 від 19.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУОТРАВ®, краплі очні, по 2,5 мл у флаконі-крапельниці в проміжній упаковці, що вкладається в коробку з картону**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**234818-20/B-45, 234819-20/B-45, 234820-20/B-45, 234822-20/B-45, 234823-20/B-45, 234824-20/B-45, 234825-20/B-45, 234826-20/B-45, 234827-20/B-45, 234828-20/B-45, 251174-21/B-45, 251175-21/B-45 від 18.05.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАЛОЗИД® 25, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 2 або 3 блістери у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**234818-20/B-45, 234819-20/B-45, 234820-20/B-45, 234822-20/B-45, 234823-20/B-45, 234824-20/B-45, 234825-20/B-45, 234826-20/B-45, 234827-20/B-45, 234828-20/B-45, 251174-21/B-45, 251175-21/B-45 від 18.05.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАЛОЗИД® 25, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 2 або 3 блістери у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**234818-20/B-45, 234819-20/B-45, 234820-20/B-45, 234822-20/B-45, 234823-20/B-45, 234824-20/B-45, 234825-20/B-45, 234826-20/B-45, 234827-20/B-45, 234828-20/B-45, 251174-21/B-45, 251175-21/B-45 від 18.05.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНАЛОЗИД® 25, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 2 або 3 блістери у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250108-20/3-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНЕРІОН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250108-20/З-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНЕРІОН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250108-20/З-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНЕРІОН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**243608-20/B-130, 243609-20/B-130 від 22.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТЕРОЖЕРМІНА®, капсули;** **№ 12, № 24 (12х2): по 12 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**243608-20/B-130, 243609-20/B-130 від 22.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТЕРОЖЕРМІНА®, капсули; № 12, № 24 (12х2): по 12 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**243608-20/B-130, 243609-20/B-130 від 22.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТЕРОЖЕРМІНА®, капсули; № 12, № 24 (12х2): по 12 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249646-20/3-114 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТЕРОЛ 250, порошок для орального застосування по 250 мг; по 10 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**БІОКОДЕКС, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249646-20/3-114 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТЕРОЛ 250, порошок для орального застосування по 250 мг; по 10 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**БІОКОДЕКС, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249646-20/3-114 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТЕРОЛ 250, порошок для орального застосування по 250 мг; по 10 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**БІОКОДЕКС, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249647-20/3-114 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТЕРОЛ 250, капсули по 250 мг; по 10 або по 20, або по 30, або по 50 капсул у пляшці скляній; по 1 пляшці скляній у картонній коробці; по 5 капсул у блістері; по 2 або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці; по 6 капсул у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**БІОКОДЕКС, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249647-20/3-114 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТЕРОЛ 250, капсули по 250 мг; по 10 або по 20, або по 30, або по 50 капсул у пляшці скляній; по 1 пляшці скляній у картонній коробці; по 5 капсул у блістері; по 2 або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці; по 6 капсул у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**БІОКОДЕКС, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249647-20/3-114 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТЕРОЛ 250, капсули по 250 мг; по 10 або по 20, або по 30, або по 50 капсул у пляшці скляній; по 1 пляшці скляній у картонній коробці; по 5 капсул у блістері; по 2 або по 4, або по 6 блістерів у картонній коробці; по 6 капсул у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**БІОКОДЕКС, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236124-20/3-132 від 04.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРЛОТИНІБ КРКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 25 мг, 100 мг, 150 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236124-20/3-132 від 04.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРЛОТИНІБ КРКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 25 мг, 100 мг, 150 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236124-20/3-132 від 04.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРЛОТИНІБ КРКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 25 мг, 100 мг, 150 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236124-20/3-132 від 04.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРЛОТИНІБ КРКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 25 мг, 100 мг, 150 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236124-20/3-132 від 04.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРЛОТИНІБ КРКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 25 мг, 100 мг, 150 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236124-20/3-132 від 04.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРЛОТИНІБ КРКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 25 мг, 100 мг, 150 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236124-20/3-132 від 04.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРЛОТИНІБ КРКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 25 мг, 100 мг, 150 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236124-20/3-132 від 04.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРЛОТИНІБ КРКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 25 мг, 100 мг, 150 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236124-20/3-132 від 04.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРЛОТИНІБ КРКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 25 мг, 100 мг, 150 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251083-21/B-96 від 22.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСКУВІТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у пачці**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251083-21/B-96 від 22.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСКУВІТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у пачці**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251083-21/B-96 від 22.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСКУВІТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у пачці**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240093-20/3-116 від 04.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240093-20/3-116 від 04.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240093-20/3-116 від 04.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240093-20/3-116 від 04.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240093-20/3-116 від 04.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240093-20/3-116 від 04.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240093-20/3-116 від 04.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240093-20/3-116 від 04.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240093-20/3-116 від 04.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240093-20/3-116 від 04.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240093-20/3-116 від 04.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240093-20/3-116 від 04.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИТАЛОПРАМ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 15 мг, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246007-20/B-97 від 26.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТАНОЛ 70%, розчин, по 100 мл у флаконах**
Заявник	**ТОВ "Фарма Черкас", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246007-20/B-97 від 26.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТАНОЛ 70%, розчин, по 100 мл у флаконах**
Заявник	**ТОВ "Фарма Черкас", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246007-20/B-97 від 26.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТАНОЛ 70%, розчин, по 100 мл у флаконах**
Заявник	**ТОВ "Фарма Черкас", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245882-20/3-92 від 22.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТОПОЗИД "ЕБЕВЕ", концентрат для розчину для інфузій, 20 мг/мл;** **по 2,5 мл (50 мг), або по 5 мл (100 мг), або по 10 мл (200 мг), або по 20 мл (400 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;**
Заявник	**ЕБЕВЕ Фарма Гес.м.б.Х. Нфг.КГ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245882-20/3-92 від 22.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТОПОЗИД "ЕБЕВЕ", концентрат для розчину для інфузій, 20 мг/мл;** **по 2,5 мл (50 мг), або по 5 мл (100 мг), або по 10 мл (200 мг), або по 20 мл (400 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;**
Заявник	**ЕБЕВЕ Фарма Гес.м.б.Х. Нфг.КГ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245882-20/3-92 від 22.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТОПОЗИД "ЕБЕВЕ", концентрат для розчину для інфузій, 20 мг/мл;** **по 2,5 мл (50 мг), або по 5 мл (100 мг), або по 10 мл (200 мг), або по 20 мл (400 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;**
Заявник	**ЕБЕВЕ Фарма Гес.м.б.Х. Нфг.КГ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**227504-20/3-86 від 03.02.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТРУЗИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**227504-20/3-86 від 03.02.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТРУЗИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**227504-20/3-86 від 03.02.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТРУЗИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250417-21/B-100 від 11.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕУФІЛІН, розчин для ін`єкцій, 20 мг/мл; по 5 мл або 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250417-21/B-100 від 11.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕУФІЛІН, розчин для ін`єкцій, 20 мг/мл; по 5 мл або 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250417-21/B-100 від 11.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕУФІЛІН, розчин для ін`єкцій, 20 мг/мл; по 5 мл або 10 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**211647-19/3-06 від 10.05.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОФАСТ ЕКСПРЕС, капсули м'які, 400 мг, по 10 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**211647-19/3-06 від 10.05.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОФАСТ ЕКСПРЕС, капсули м'які, 400 мг, по 10 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**211647-19/3-06 від 10.05.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОФАСТ ЕКСПРЕС, капсули м'які, 400 мг, по 10 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250603-21/3-124 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗЕНТЕЛ™, суспензія оральна, 400 мг/10 мл; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250603-21/З-124 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗЕНТЕЛ™, суспензія оральна, 400 мг/10 мл; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250603-21/З-124 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗЕНТЕЛ™, суспензія оральна, 400 мг/10 мл; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250604-21/3-124 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗЕНТЕЛ™, таблетки по 400 мг; по 1 таблетці у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250604-21/З-124 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗЕНТЕЛ™, таблетки по 400 мг; по 1 таблетці у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250604-21/З-124 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗЕНТЕЛ™, таблетки по 400 мг; по 1 таблетці у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246344-20/B-133, 246345-20/B-133 від 29.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246344-20/B-133, 246345-20/B-133 від 29.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246344-20/B-133, 246345-20/B-133 від 29.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246344-20/B-133, 246345-20/B-133 від 29.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246344-20/B-133, 246345-20/B-133 від 29.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246344-20/B-133, 246345-20/B-133 від 29.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246344-20/B-133, 246345-20/B-133 від 29.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246344-20/B-133, 246345-20/B-133 від 29.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246344-20/B-133, 246345-20/B-133 від 29.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246344-20/B-133, 246345-20/B-133 від 29.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246344-20/B-133, 246345-20/B-133 від 29.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246344-20/B-133, 246345-20/B-133 від 29.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248153-20/3-114 від 26.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗОНІАЗИД, таблетки по 100 мг або 300 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3, 9 або 10 блістерів у картонній упаковці; по 28 таблеток у блістері, по 3 або 24 блістери у картонній упаковці; по 1000 таблеток у поліетиленовому пакеті, по 1 пакету у пластиковому контейнері**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248153-20/3-114 від 26.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗОНІАЗИД, таблетки по 100 мг або 300 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3, 9 або 10 блістерів у картонній упаковці; по 28 таблеток у блістері, по 3 або 24 блістери у картонній упаковці; по 1000 таблеток у поліетиленовому пакеті, по 1 пакету у пластиковому контейнері**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248153-20/3-114 від 26.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗОНІАЗИД, таблетки по 100 мг або 300 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3, 9 або 10 блістерів у картонній упаковці; по 28 таблеток у блістері, по 3 або 24 блістери у картонній упаковці; по 1000 таблеток у поліетиленовому пакеті, по 1 пакету у пластиковому контейнері**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248153-20/3-114 від 26.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗОНІАЗИД, таблетки по 100 мг або 300 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3, 9 або 10 блістерів у картонній упаковці; по 28 таблеток у блістері, по 3 або 24 блістери у картонній упаковці; по 1000 таблеток у поліетиленовому пакеті, по 1 пакету у пластиковому контейнері**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248153-20/3-114 від 26.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗОНІАЗИД, таблетки по 100 мг або 300 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3, 9 або 10 блістерів у картонній упаковці; по 28 таблеток у блістері, по 3 або 24 блістери у картонній упаковці; по 1000 таблеток у поліетиленовому пакеті, по 1 пакету у пластиковому контейнері**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248153-20/3-114 від 26.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗОНІАЗИД, таблетки по 100 мг або 300 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3, 9 або 10 блістерів у картонній упаковці; по 28 таблеток у блістері, по 3 або 24 блістери у картонній упаковці; по 1000 таблеток у поліетиленовому пакеті, по 1 пакету у пластиковому контейнері**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**239419-20/В-50 від 23.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗОНІАЗИД, сироп, 100 мг/5 мл; по 100 мл, 200 мл, 500 мл у флаконах; по 100 мл, 200 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**239419-20/B-50 від 23.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗОНІАЗИД, сироп, 100 мг/5 мл; по 100 мл, 200 мл, 500 мл у флаконах; по 100 мл, 200 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**239419-20/В-50 від 23.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗОНІАЗИД, сироп, 100 мг/5 мл; по 100 мл, 200 мл, 500 мл у флаконах; по 100 мл, 200 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249065-20/В-96 від 14.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМІДАЗОЛІЛЕТАНАМІД ПЕНТАНДІОВОЇ КИСЛОТИ (ВІТАГЛУТАМ), кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249065-20/B-96 від 14.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМІДАЗОЛІЛЕТАНАМІД ПЕНТАНДІОВОЇ КИСЛОТИ (ВІТАГЛУТАМ), кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249065-20/B-96 від 14.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМІДАЗОЛІЛЕТАНАМІД ПЕНТАНДІОВОЇ КИСЛОТИ (ВІТАГЛУТАМ), кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250110-20/3-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМПЛИКОР® 50МГ/5МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/5 мг;** **по 14 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250110-20/3-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМПЛИКОР® 50МГ/5МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/5 мг;** **по 14 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250110-20/3-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМПЛИКОР® 50МГ/5МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/5 мг;** **по 14 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250109-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМПЛИКОР® 50МГ/7,5МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/7,5 мг, по 14 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250109-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМПЛИКОР® 50МГ/7,5МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/7,5 мг, по 14 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250109-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМПЛИКОР® 50МГ/7,5МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/7,5 мг, по 14 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236819-20/3-100 від 16.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМУНІН, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, по 600 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) 5 мл та набором для розчинення та введення (1 голка для перенесення, 1 аераційна голка, 1 голка-фільтр, 1 одноразова голка, 1 одноразовий шприц (5 мл), 1 система для інфузій) у коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, по 1200 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) 10 мл та набором для розчинення та введення (1 голка для перенесення, 1 аераційна голка, 1 голка-фільтр, 1 одноразова голка, 1 одноразовий шприц (10 мл), 1 система для інфузій) у коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Бакстер АГ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236819-20/3-100 від 16.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМУНІН, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, по 600 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) 5 мл та набором для розчинення та введення (1 голка для перенесення, 1 аераційна голка, 1 голка-фільтр, 1 одноразова голка, 1 одноразовий шприц (5 мл), 1 система для інфузій) у коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, по 1200 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) 10 мл та набором для розчинення та введення (1 голка для перенесення, 1 аераційна голка, 1 голка-фільтр, 1 одноразова голка, 1 одноразовий шприц (10 мл), 1 система для інфузій) у коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Бакстер АГ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236819-20/3-100 від 16.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМУНІН, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, по 600 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) 5 мл та набором для розчинення та введення (1 голка для перенесення, 1 аераційна голка, 1 голка-фільтр, 1 одноразова голка, 1 одноразовий шприц (5 мл), 1 система для інфузій) у коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, по 1200 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) 10 мл та набором для розчинення та введення (1 голка для перенесення, 1 аераційна голка, 1 голка-фільтр, 1 одноразова голка, 1 одноразовий шприц (10 мл), 1 система для інфузій) у коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Бакстер АГ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236819-20/3-100 від 16.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМУНІН, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, по 600 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) 5 мл та набором для розчинення та введення (1 голка для перенесення, 1 аераційна голка, 1 голка-фільтр, 1 одноразова голка, 1 одноразовий шприц (5 мл), 1 система для інфузій) у коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, по 1200 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) 10 мл та набором для розчинення та введення (1 голка для перенесення, 1 аераційна голка, 1 голка-фільтр, 1 одноразова голка, 1 одноразовий шприц (10 мл), 1 система для інфузій) у коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Бакстер АГ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236819-20/3-100 від 16.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМУНІН, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, по 600 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) 5 мл та набором для розчинення та введення (1 голка для перенесення, 1 аераційна голка, 1 голка-фільтр, 1 одноразова голка, 1 одноразовий шприц (5 мл), 1 система для інфузій) у коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, по 1200 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) 10 мл та набором для розчинення та введення (1 голка для перенесення, 1 аераційна голка, 1 голка-фільтр, 1 одноразова голка, 1 одноразовий шприц (10 мл), 1 система для інфузій) у коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Бакстер АГ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236819-20/3-100 від 16.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМУНІН, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, по 600 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) 5 мл та набором для розчинення та введення (1 голка для перенесення, 1 аераційна голка, 1 голка-фільтр, 1 одноразова голка, 1 одноразовий шприц (5 мл), 1 система для інфузій) у коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій або інфузій, по 1200 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) 10 мл та набором для розчинення та введення (1 голка для перенесення, 1 аераційна голка, 1 голка-фільтр, 1 одноразова голка, 1 одноразовий шприц (10 мл), 1 система для інфузій) у коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Бакстер АГ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251152-21/3-121 від 25.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНФАНРИКС ГЕКСА™/INFANRIX HEXA™ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ), ГЕПАТИТУ В, ПОЛІОМІЄЛІТУ ТА ЗАХВОРЮВАНЬ, ЗБУДНИКОМ ЯКИХ Є HAEMOPHILUS INFLUENZAE ТИПУ В, суспензія (DTPa-HBV-IPV) для ін'єкцій по 0,5 мл (1 доза) та ліофілізат (Hib);** **1 попередньо наповнений одноразовий шприц (по 0,5 мл (1 доза)) у комплекті з двома голками та флакон з ліофілізатом (Hib) для 1 дози, що змішуються перед використанням (шприц з голками закриті гумовими ковпачками); дві голки (одного розміру), шприц та флакон герметично запаковані у пластиковий контейнер; по 1 або по 10 пластикових контейнерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою; 1 попередньо наповнений одноразовий шприц (по 0,5 мл (1 доза)) у комплекті з двома голками та флакон з ліофілізатом (Hib) для 1 дози, що змішуються перед використанням (шприц з голками закриті гумовими ковпачками); дві голки (одного розміру), шприц та флакон герметично запаковані у пластиковий контейнер; по 1 або по 10 пластикових контейнерів у картонній коробці з маркуванням англійською мовою зі стикерами українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина	

Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251152-21/3-121 від 25.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНФАНРИКС ГЕКСА™/INFANRIX HEXA™ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ), ГЕПАТИТУ В, ПОЛІОМІЄЛІТУ ТА ЗАХВОРЮВАНЬ, ЗБУДНИКОМ ЯКИХ Є HAEMOPHILUS INFLUENZAE ТИПУ B, суспензія (DTPa-HBV-IPV) для ін'єкцій по 0,5 мл (1 доза) та ліофілізат (Hib); 1 попередньо наповнений одноразовий шприц (по 0,5 мл (1 доза)) у комплекті з двома голками та флакон з ліофілізатом (Hib) для 1 дози, що змішуються перед використанням (шприц з голками закриті гумовими ковпачками); дві голки (одного розміру), шприц та флакон герметично запаковані у пластиковий контейнер; по 1 або по 10 пластикових контейнерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою; 1 попередньо наповнений одноразовий шприц (по 0,5 мл (1 доза)) у комплекті з двома голками та флакон з ліофілізатом (Hib) для 1 дози, що змішуються перед використанням (шприц з голками закриті гумовими ковпачками); дві голки (одного розміру), шприц та флакон герметично запаковані у пластиковий контейнер; по 1 або по 10 пластикових контейнерів у картонній коробці з маркуванням англійською мовою зі стикерами українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251152-21/3-121 від 25.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНФАНРИКС ГЕКСА™/INFANRIX HEXA™ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ), ГЕПАТИТУ В, ПОЛІОМІЄЛІТУ ТА ЗАХВОРЮВАНЬ, ЗБУДНИКОМ ЯКИХ Є HAEMOPHILUS INFLUENZAE ТИПУ B, суспензія (DTPa-HBV-IPV) для ін'єкцій по 0,5 мл (1 доза) та ліофілізат (Hib); 1 попередньо наповнений одноразовий шприц (по 0,5 мл (1 доза)) у комплекті з двома голками та флакон з ліофілізатом (Hib) для 1 дози, що змішуються перед використанням (шприц з голками закриті гумовими ковпачками); дві голки (одного розміру), шприц та флакон герметично запаковані у пластиковий контейнер; по 1 або по 10 пластикових контейнерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою; 1 попередньо наповнений одноразовий шприц (по 0,5 мл (1 доза)) у комплекті з двома голками та флакон з ліофілізатом (Hib) для 1 дози, що змішуються перед використанням (шприц з голками закриті гумовими ковпачками); дві голки (одного розміру), шприц та флакон герметично запаковані у пластиковий контейнер; по 1 або по 10 пластикових контейнерів у картонній коробці з маркуванням англійською мовою зі стикерами українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250608-21/3-123 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНФАНРИКС™ ІПВ ХІБ / INFANRIX™ IPV HIB КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ), ПОЛІОМІЄЛІТУ ТА ЗАХВОРЮВАНЬ, ЗБУДНИКОМ ЯКИХ Є HAEMOPHILUS INFLUENZAE ТИПУ B, суспензія (DTPa-IPV) для ін'єкцій по 0,5 мл (1 доза) та ліофілізат (Hib); суспензія (DTPa-IPV) для ін'єкцій по 0,5 мл (1 доза) у попередньо наповненому одноразовому шприці №1 у комплекті з двома голками та ліофілізат (Hib) у флаконі №1, що змішуються перед використанням: по 1 попередньо наповненому одноразовому шприцу у комплекті з двома голками та 1 флаконом з ліофілізатом (Hib) у вакуумній стерильній упаковці; по 1 вакуумній стерильній упаковці у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250608-21/3-123 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНФАНРИКС™ ІПВ ХІБ / INFANRIX™ IPV HIB КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ), ПОЛІОМІЄЛІТУ ТА ЗАХВОРЮВАНЬ, ЗБУДНИКОМ ЯКИХ Є HAEMOPHILUS INFLUENZAE ТИПУ B, суспензія (DTPa-IPV) для ін'єкцій по 0,5 мл (1 доза) та ліофілізат (Hib); суспензія (DTPa-IPV) для ін'єкцій по 0,5 мл (1 доза) у попередньо наповненому одноразовому шприці №1 у комплекті з двома голками та ліофілізат (Hib) у флаконі №1, що змішуються перед використанням: по 1 попередньо наповненому одноразовому шприцу у комплекті з двома голками та 1 флаконом з ліофілізатом (Hib) у вакуумній стерильній упаковці; по 1 вакуумній стерильній упаковці у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250608-21/3-123 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНФАНРИКС™ ІПВ ХІБ / INFANRIX™ IPV HIB КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ), ПОЛІОМІЄЛІТУ ТА ЗАХВОРЮВАНЬ, ЗБУДНИКОМ ЯКИХ Є HAEMOPHILUS INFLUENZAE ТИПУ B, суспензія (DTPa-IPV) для ін'єкцій по 0,5 мл (1 доза) та ліофілізат (Hib); суспензія (DTPa-IPV) для ін'єкцій по 0,5 мл (1 доза) у попередньо наповненому одноразовому шприці №1 у комплекті з двома голками та ліофілізат (Hib) у флаконі №1, що змішуються перед використанням: по 1 попередньо наповненому одноразовому шприцу у комплекті з двома голками та 1 флаконом з ліофілізатом (Hib) у вакуумній стерильній упаковці; по 1 вакуумній стерильній упаковці у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248789-20/B-86 від 08.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЙОДАДІН, розчин для зовнішнього та місцевого застосування 10 % по 30 мл або по 120 мл у флаконах**
Заявник	**ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248789-20/В-86 від 08.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЙОДАДІН, розчин для зовнішнього та місцевого застосування 10 % по 30 мл або по 120 мл у флаконах**
Заявник	**ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248789-20/B-86 від 08.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЙОДАДІН, розчин для зовнішнього та місцевого застосування 10 % по 30 мл або по 120 мл у флаконах**
Заявник	**ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251666-21/В-28 від 03.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЕНДУЛИ МАЗЬ, мазь по 40 г у контейнерах; по 20 або по 30 г у тубах; по 20 або по 30 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251666-21/B-28 від 03.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЕНДУЛИ МАЗЬ, мазь по 40 г у контейнерах; по 20 або по 30 г у тубах; по 20 або по 30 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251666-21/B-28 від 03.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЕНДУЛИ МАЗЬ, мазь по 40 г у контейнерах; по 20 або по 30 г у тубах; по 20 або по 30 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**252432-21/В-60 від 17.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬЦІЮ ГЛЮКОНАТ-ЗДОРОВ'Я (СТАБІЛІЗОВАНИЙ), Розчин для ін'єкцій, 100 мг/ мл** **по 5 мл в ампулі; по 10 ампул у картонній коробці;** **по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у картонній коробці;** **по 10 мл в ампулі; по 10 ампул у картонній коробці.** **Маркування українською та російською мовами**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**252432-21/В-60 від 17.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬЦІЮ ГЛЮКОНАТ-ЗДОРОВ'Я (СТАБІЛІЗОВАНИЙ), Розчин для ін'єкцій, 100 мг/ мл** **по 5 мл в ампулі; по 10 ампул у картонній коробці;** **по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у картонній коробці;** **по 10 мл в ампулі; по 10 ампул у картонній коробці.** **Маркування українською та російською мовами**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**252432-21/В-60 від 17.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬЦІЮ ГЛЮКОНАТ-ЗДОРОВ'Я (СТАБІЛІЗОВАНИЙ), Розчин для ін'єкцій, 100 мг/ мл** **по 5 мл в ампулі; по 10 ампул у картонній коробці;** **по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у картонній коробці;** **по 10 мл в ампулі; по 10 ампул у картонній коробці.** **Маркування українською та російською мовами**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244758-20/3-116 від 02.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНАВІТ, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл по 1 мл в ампулі коричневого скла; по 5 ампул вміщують в упаковку з плівки PVC; по 1 пластиковій упаковці в картонній коробці**
Заявник	**ББ Фарма а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244758-20/3-116 від 02.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНАВІТ, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл по 1 мл в ампулі коричневого скла; по 5 ампул вміщують в упаковку з плівки PVC; по 1 пластиковій упаковці в картонній коробці**
Заявник	**ББ Фарма а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244758-20/3-116 від 02.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАНАВІТ, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл по 1 мл в ампулі коричневого скла; по 5 ампул вміщують в упаковку з плівки PVC; по 1 пластиковій упаковці в картонній коробці**
Заявник	**ББ Фарма а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249550-20/B-61 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІО-ГРАН, гранули по 10 г у пеналі або флаконі з кришкою; по 1 пеналу або флакону в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249550-20/B-61 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІО-ГРАН, гранули по 10 г у пеналі або флаконі з кришкою; по 1 пеналу або флакону в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249550-20/B-61 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІО-ГРАН, гранули по 10 г у пеналі або флаконі з кришкою; по 1 пеналу або флакону в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253546-21/3-126 від 03.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІОМАГНІЛ , Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг, по 30 або по 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253546-21/3-126 від 03.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІОМАГНІЛ , Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг, по 30 або по 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253546-21/3-126 від 03.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІОМАГНІЛ , Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг, по 30 або по 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250111-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 6,25 мг/5 мг, 6,25 мг/7,5 мг, 12,5 мг/5 мг, 12,5 мг/7,5 мг, 25 мг/5 мг, 25 мг/7,5 мг, по 14 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 4 блістери у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250111-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 6,25 мг/5 мг, 6,25 мг/7,5 мг, 12,5 мг/5 мг, 12,5 мг/7,5 мг, 25 мг/5 мг, 25 мг/7,5 мг, по 14 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 4 блістери у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250111-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 6,25 мг/5 мг, 6,25 мг/7,5 мг, 12,5 мг/5 мг, 12,5 мг/7,5 мг, 25 мг/5 мг, 25 мг/7,5 мг, по 14 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 4 блістери у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250111-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 6,25 мг/5 мг, 6,25 мг/7,5 мг, 12,5 мг/5 мг, 12,5 мг/7,5 мг, 25 мг/5 мг, 25 мг/7,5 мг, по 14 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 4 блістери у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250111-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 6,25 мг/5 мг, 6,25 мг/7,5 мг, 12,5 мг/5 мг, 12,5 мг/7,5 мг, 25 мг/5 мг, 25 мг/7,5 мг, по 14 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 4 блістери у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250111-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 6,25 мг/5 мг, 6,25 мг/7,5 мг, 12,5 мг/5 мг, 12,5 мг/7,5 мг, 25 мг/5 мг, 25 мг/7,5 мг, по 14 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 4 блістери у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250111-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 6,25 мг/5 мг, 6,25 мг/7,5 мг, 12,5 мг/5 мг, 12,5 мг/7,5 мг, 25 мг/5 мг, 25 мг/7,5 мг, по 14 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 4 блістери у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250111-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 6,25 мг/5 мг, 6,25 мг/7,5 мг, 12,5 мг/5 мг, 12,5 мг/7,5 мг, 25 мг/5 мг, 25 мг/7,5 мг, по 14 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 4 блістери у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250111-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 6,25 мг/5 мг, 6,25 мг/7,5 мг, 12,5 мг/5 мг, 12,5 мг/7,5 мг, 25 мг/5 мг, 25 мг/7,5 мг, по 14 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 4 блістери у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250111-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 6,25 мг/5 мг, 6,25 мг/7,5 мг, 12,5 мг/5 мг, 12,5 мг/7,5 мг, 25 мг/5 мг, 25 мг/7,5 мг, по 14 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 4 блістери у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250111-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 6,25 мг/5 мг, 6,25 мг/7,5 мг, 12,5 мг/5 мг, 12,5 мг/7,5 мг, 25 мг/5 мг, 25 мг/7,5 мг, по 14 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 4 блістери у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250111-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 6,25 мг/5 мг, 6,25 мг/7,5 мг, 12,5 мг/5 мг, 12,5 мг/7,5 мг, 25 мг/5 мг, 25 мг/7,5 мг, по 14 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 4 блістери у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250111-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 6,25 мг/5 мг, 6,25 мг/7,5 мг, 12,5 мг/5 мг, 12,5 мг/7,5 мг, 25 мг/5 мг, 25 мг/7,5 мг, по 14 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 4 блістери у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250111-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 6,25 мг/5 мг, 6,25 мг/7,5 мг, 12,5 мг/5 мг, 12,5 мг/7,5 мг, 25 мг/5 мг, 25 мг/7,5 мг, по 14 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 4 блістери у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250111-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 6,25 мг/5 мг, 6,25 мг/7,5 мг, 12,5 мг/5 мг, 12,5 мг/7,5 мг, 25 мг/5 мг, 25 мг/7,5 мг, по 14 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 4 блістери у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250111-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 6,25 мг/5 мг, 6,25 мг/7,5 мг, 12,5 мг/5 мг, 12,5 мг/7,5 мг, 25 мг/5 мг, 25 мг/7,5 мг, по 14 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 4 блістери у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250111-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 6,25 мг/5 мг, 6,25 мг/7,5 мг, 12,5 мг/5 мг, 12,5 мг/7,5 мг, 25 мг/5 мг, 25 мг/7,5 мг, по 14 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 4 блістери у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250111-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 6,25 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 12,5 МГ/7,5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/5 МГ, КАРІВАЛАН® 25 МГ/7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 6,25 мг/5 мг, 6,25 мг/7,5 мг, 12,5 мг/5 мг, 12,5 мг/7,5 мг, 25 мг/5 мг, 25 мг/7,5 мг, по 14 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 4 блістери у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**235945-20/B-116, 235950-20/B-116, 235960-20/B-116, 237568-20/B-116 від 26.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВАНІЛ, розчин для орального застосування, 100 мг/1 мл, по 30 мл або 100 мл у флаконі, по 1 флакону разом з мірним стаканчиком в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**235945-20/B-116, 235950-20/B-116, 235960-20/B-116, 237568-20/B-116 від 26.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВАНІЛ, розчин для орального застосування, 100 мг/1 мл, по 30 мл або 100 мл у флаконі, по 1 флакону разом з мірним стаканчиком в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**235945-20/B-116, 235950-20/B-116, 235960-20/B-116, 237568-20/B-116 від 26.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВАНІЛ, розчин для орального застосування, 100 мг/1 мл, по 30 мл або 100 мл у флаконі, по 1 флакону разом з мірним стаканчиком в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**255306-21/B-60 від 05.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КИСЕНЬ МЕДИЧНИЙ ГАЗОПОДІБНИЙ, газ у сталевих балонах об`ємом 40л**
Заявник	**ДЕРЖАВНЕ ПІДПРИЄМСТВО "НАЦІОНАЛЬНА АТОМНА ЕНЕРГОГЕНЕРУЮЧА КОМПАНІЯ "ЕНЕРГОАТОМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**255306-21/B-60 від 05.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КИСЕНЬ МЕДИЧНИЙ ГАЗОПОДІБНИЙ, газ у сталевих балонах об`ємом 40л**
Заявник	**ДЕРЖАВНЕ ПІДПРИЄМСТВО "НАЦІОНАЛЬНА АТОМНА ЕНЕРГОГЕНЕРУЮЧА КОМПАНІЯ "ЕНЕРГОАТОМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**255306-21/B-60 від 05.04.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КИСЕНЬ МЕДИЧНИЙ ГАЗОПОДІБНИЙ, газ у сталевих балонах об`ємом 40л**
Заявник	**ДЕРЖАВНЕ ПІДПРИЄМСТВО "НАЦІОНАЛЬНА АТОМНА ЕНЕРГОГЕНЕРУЮЧА КОМПАНІЯ "ЕНЕРГОАТОМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246775-20/3-36, 246776-20/3-36, 246777-20/3-36, 246778-20/3-36, 246779-20/3-36, 252786-21/3-36 від 05.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАРИТИН®, таблетки по 10 мг по 7 або 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246775-20/3-36, 246776-20/3-36, 246777-20/3-36, 246778-20/3-36, 246779-20/3-36, 252786-21/3-36 від 05.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАРИТИН®, таблетки по 10 мг по 7 або 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246775-20/3-36, 246776-20/3-36, 246777-20/3-36, 246778-20/3-36, 246779-20/3-36, 252786-21/3-36 від 05.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАРИТИН®, таблетки по 10 мг по 7 або 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250056-20/3-84 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОАКСИЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 12,5 мг; по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250056-20/3-84 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОАКСИЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 12,5 мг; по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250056-20/3-84 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОАКСИЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 12,5 мг; по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248473-20/3-124, 248474-20/3-124 від 02.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІКІД®, таблетки, вкриті оболонкою, по 125 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці; по 15 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери у картонній упаковці. Маркування українською та англійською мовами**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248473-20/3-124, 248474-20/3-124 від 02.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІКІД®, таблетки, вкриті оболонкою, по 125 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці; по 15 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери у картонній упаковці. Маркування українською та англійською мовами**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248473-20/3-124, 248474-20/3-124 від 02.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІКІД®, таблетки, вкриті оболонкою, по 125 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці; по 15 таблеток у блістері; по 1, 2 або 4 блістери у картонній упаковці. Маркування українською та англійською мовами**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**151786-16/3-06, 158997-16/3-06 від 17.02.2016**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБІГРИП ХОТ СІП®, Порошок для орального розчину з лимонним смаком по 5 г у саше, по 10 саше у картонній коробці; порошок для орального розчину з малиновим смаком по 5 г у саше, по 10 саше у картонній коробці**
Заявник	**Органосин Лайф Саєнсиз Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**151786-16/3-06, 158997-16/3-06 від 17.02.2016**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБІГРИП ХОТ СІП®, Порошок для орального розчину з лимонним смаком по 5 г у саше, по 10 саше у картонній коробці; порошок для орального розчину з малиновим смаком по 5 г у саше, по 10 саше у картонній коробці**
Заявник	**Органосин Лайф Саєнсиз Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**151786-16/3-06, 158997-16/3-06 від 17.02.2016**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБІГРИП ХОТ СІП®, Порошок для орального розчину з лимонним смаком по 5 г у саше, по 10 саше у картонній коробці; порошок для орального розчину з малиновим смаком по 5 г у саше, по 10 саше у картонній коробці**
Заявник	**Органосин Лайф Саєнсиз Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**151786-16/3-06, 158997-16/3-06 від 17.02.2016**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБІГРИП ХОТ СІП®, Порошок для орального розчину з лимонним смаком по 5 г у саше, по 10 саше у картонній коробці; порошок для орального розчину з малиновим смаком по 5 г у саше, по 10 саше у картонній коробці**
Заявник	**Органосин Лайф Саєнсиз Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**151786-16/3-06, 158997-16/3-06 від 17.02.2016**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБІГРИП ХОТ СІП®, Порошок для орального розчину з лимонним смаком по 5 г у саше, по 10 саше у картонній коробці; порошок для орального розчину з малиновим смаком по 5 г у саше, по 10 саше у картонній коробці**
Заявник	**Органосин Лайф Саєнсиз Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**151786-16/3-06, 158997-16/3-06 від 17.02.2016**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБІГРИП ХОТ СІП®, Порошок для орального розчину з лимонним смаком по 5 г у саше, по 10 саше у картонній коробці; порошок для орального розчину з малиновим смаком по 5 г у саше, по 10 саше у картонній коробці**
Заявник	**Органосин Лайф Саєнсиз Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250054-20/3-84 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРАКСАН® 5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250054-20/3-84 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРАКСАН® 5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250054-20/3-84 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРАКСАН® 5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250212-21/3-121 від 04.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРАКСАН® 7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 7,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250212-21/3-121 від 04.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРАКСАН® 7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 7,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250212-21/3-121 від 04.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРАКСАН® 7,5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 7,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250047-20/3-84 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОСІРЕЛЬ 10 МГ/ 5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг/5 мг; по 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250047-20/3-84 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОСІРЕЛЬ 10 МГ/ 5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг/5 мг; по 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250047-20/3-84 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОСІРЕЛЬ 10 МГ/ 5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг/5 мг; по 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250044-20/3-84 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОСІРЕЛЬ 5 МГ/ 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг /10 мг; по 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250044-20/3-84 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОСІРЕЛЬ 5 МГ/ 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг /10 мг; по 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250044-20/3-84 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОСІРЕЛЬ 5 МГ/ 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг /10 мг; по 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток в коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249149-20/3-133 від 15.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСАЛОПТИК, краплі очні, розчин, 50 мкг/мл по 2,5 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону з крапельницею в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249149-20/3-133 від 15.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСАЛОПТИК, краплі очні, розчин, 50 мкг/мл по 2,5 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону з крапельницею в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249149-20/3-133 від 15.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСАЛОПТИК, краплі очні, розчин, 50 мкг/мл по 2,5 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону з крапельницею в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251159-21/3-60 від 25.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КУПРЕНІЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; 1 таблетка містить пеніциламіну 250 мг; по 100 таблеток у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**Тева Фармацевтікал Індастріз Лтд., Ізраїль**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251159-21/3-60 від 25.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КУПРЕНІЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; 1 таблетка містить пеніциламіну 250 мг; по 100 таблеток у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**Тева Фармацевтікал Індастріз Лтд., Ізраїль**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251159-21/3-60 від 25.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КУПРЕНІЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; 1 таблетка містить пеніциламіну 250 мг; по 100 таблеток у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**Тева Фармацевтікал Індастріз Лтд., Ізраїль**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248861-20/B-50, 250918-21/B-50 від 20.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАЗОЛЕКС, розчин для ін'єкцій, 7,5 мг/мл; по 2 мл в ампулі з маркуванням українською та англійською мовами; по 5 ампул у пачці з картону з маркуванням українською, російською та англійською мовами**
Заявник	**ТОВ "НІКО", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248861-20/B-50, 250918-21/B-50 від 20.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАЗОЛЕКС, розчин для ін'єкцій, 7,5 мг/мл; по 2 мл в ампулі з маркуванням українською та англійською мовами; по 5 ампул у пачці з картону з маркуванням українською, російською та англійською мовами**
Заявник	**ТОВ "НІКО", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248861-20/B-50, 250918-21/B-50 від 20.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАЗОЛЕКС, розчин для ін'єкцій, 7,5 мг/мл; по 2 мл в ампулі з маркуванням українською та англійською мовами; по 5 ампул у пачці з картону з маркуванням українською, російською та англійською мовами**
Заявник	**ТОВ "НІКО", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**233500-20/B-60 від 28.04.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОМЕКОЛЬ, мазь, по 25 г або по 40 г у тубі; по 1 тубі у пачці**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**233500-20/B-60 від 28.04.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОМЕКОЛЬ, мазь, по 25 г або по 40 г у тубі; по 1 тубі у пачці**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**233500-20/B-60 від 28.04.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОМЕКОЛЬ, мазь, по 25 г або по 40 г у тубі; по 1 тубі у пачці**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236795-20/3-86 від 16.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИН, розчин для інфузій, 500 мг/100 мл по 100 мл у контейнері; по 1 контейнеру у полівінілхоридній плівці в пачці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236795-20/3-86 від 16.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИН, розчин для інфузій, 500 мг/100 мл по 100 мл у контейнері; по 1 контейнеру у полівінілхоридній плівці в пачці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236795-20/3-86 від 16.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИН, розчин для інфузій, 500 мг/100 мл по 100 мл у контейнері; по 1 контейнеру у полівінілхоридній плівці в пачці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251899-21/B-92 від 10.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИНУ ГЕМІГІДРАТ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "ТК "Аврора", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251899-21/B-92 від 10.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИНУ ГЕМІГІДРАТ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "ТК "Аврора", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251899-21/B-92 від 10.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИНУ ГЕМІГІДРАТ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "ТК "Аврора", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250736-21/З-126, 254180-21/З-126 від 18.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНЗЕТТО®, спрей трансдермальний, розчин, 1,53 мг/дозу; по 8,1 мл розчину (56 доз) у скляному флаконі, який забезпечений дозуючим насосом з розпилювачем і активатором; по 1 флакону в аплікаторі з конічним купольним отвором, що закривається кришкою, яка має з внутрішньої сторони поглинаючу прокладку; по 1 аплікатору в картонній коробці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250736-21/3-126, 254180-21/3-126 від 18.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНЗЕТТО®, спрей трансдермальний, розчин, 1,53 мг/дозу; по 8,1 мл розчину (56 доз) у скляному флаконі, який забезпечений дозуючим насосом з розпилювачем і активатором; по 1 флакону в аплікаторі з конічним купольним отвором, що закривається кришкою, яка має з внутрішньої сторони поглинаючу прокладку; по 1 аплікатору в картонній коробці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250736-21/З-126, 254180-21/З-126 від 18.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНЗЕТТО®, спрей трансдермальний, розчин, 1,53 мг/дозу; по 8,1 мл розчину (56 доз) у скляному флаконі, який забезпечений дозуючим насосом з розпилювачем і активатором; по 1 флакону в аплікаторі з конічним купольним отвором, що закривається кришкою, яка має з внутрішньої сторони поглинаючу прокладку; по 1 аплікатору в картонній коробці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**252195-21/3-126 від 11.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНЗЕТТО®, спрей трансдермальний, розчин, 1,53 мг/дозу; по 8,1 мл розчину (56 доз) у скляному флаконі, який забезпечений дозуючим насосом з розпилювачем і активатором; по 1 флакону в аплікаторі з конічним купольним отвором, що закривається кришкою, яка має з внутрішньої сторони поглинаючу прокладку; по 1 аплікатору в картонній коробці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**252195-21/3-126 від 11.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНЗЕТТО®, спрей трансдермальний, розчин, 1,53 мг/дозу; по 8,1 мл розчину (56 доз) у скляному флаконі, який забезпечений дозуючим насосом з розпилювачем і активатором; по 1 флакону в аплікаторі з конічним купольним отвором, що закривається кришкою, яка має з внутрішньої сторони поглинаючу прокладку; по 1 аплікатору в картонній коробці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**252195-21/3-126 від 11.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕНЗЕТТО®, спрей трансдермальний, розчин, 1,53 мг/дозу; по 8,1 мл розчину (56 доз) у скляному флаконі, який забезпечений дозуючим насосом з розпилювачем і активатором; по 1 флакону в аплікаторі з конічним купольним отвором, що закривається кришкою, яка має з внутрішньої сторони поглинаючу прокладку; по 1 аплікатору в картонній коробці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251379-21/В-124 від 27.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІАСТЕН®, порошок для приготування розчину для ін`єкцій, по 0,002 г; по 5 флаконів з маркуванням українською мовою у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами**
Заявник	**Дочірнє Підприємство "ЕНЗИМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251379-21/В-124 від 27.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІАСТЕН®, порошок для приготування розчину для ін`єкцій, по 0,002 г; по 5 флаконів з маркуванням українською мовою у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами**
Заявник	**Дочірнє Підприємство "ЕНЗИМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251379-21/В-124 від 27.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІАСТЕН®, порошок для приготування розчину для ін`єкцій, по 0,002 г; по 5 флаконів з маркуванням українською мовою у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами**
Заявник	**Дочірнє Підприємство "ЕНЗИМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251380-21/В-124 від 27.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІАСТЕН®, таблетки по 2 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в пачці; по 10 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; по 20 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці**
Заявник	**Дочірнє Підприємство "ЕНЗИМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251380-21/B-124 від 27.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІАСТЕН®, таблетки по 2 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в пачці; по 10 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; по 20 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці**
Заявник	**Дочірнє Підприємство "ЕНЗИМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251380-21/B-124 від 27.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІАСТЕН®, таблетки по 2 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в пачці; по 10 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; по 20 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці**
Заявник	**Дочірнє Підприємство "ЕНЗИМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251387-21/B-133 від 28.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІБРА®, розчин для інфузій, 42 мг/мл по 100 мл у пляшці, по 1 пляшці у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251387-21/В-133 від 28.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІБРА®, розчин для інфузій, 42 мг/мл по 100 мл у пляшці, по 1 пляшці у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251387-21/В-133 від 28.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІБРА®, розчин для інфузій, 42 мг/мл по 100 мл у пляшці, по 1 пляшці у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249121-20/В-134 від 15.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІВАРОЛ, песарії по 400 мг по 5 песаріїв у блістері з маркуванням українською мовою; по 1 або 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249121-20/В-134 від 15.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІВАРОЛ, песарії по 400 мг по 5 песаріїв у блістері з маркуванням українською мовою; по 1 або 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249121-20/В-134 від 15.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІВАРОЛ, песарії по 400 мг по 5 песаріїв у блістері з маркуванням українською мовою; по 1 або 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248078-20/B-02 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 25 мг, 50 мг, 75 мг, 150 мг, 200 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці; по 100 мг, 225 мг, 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250775-21/3-02 від 18.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕФОР, капсули тверді по 75 мг, 150 мг, 300 мг; по 14 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250775-21/3-02 від 18.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕФОР, капсули тверді по 75 мг, 150 мг, 300 мг; по 14 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250775-21/3-02 від 18.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕФОР, капсули тверді по 75 мг, 150 мг, 300 мг; по 14 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250775-21/3-02 від 18.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕФОР, капсули тверді по 75 мг, 150 мг, 300 мг; по 14 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250775-21/3-02 від 18.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕФОР, капсули тверді по 75 мг, 150 мг, 300 мг; по 14 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250775-21/3-02 від 18.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕФОР, капсули тверді по 75 мг, 150 мг, 300 мг; по 14 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250775-21/3-02 від 18.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕФОР, капсули тверді по 75 мг, 150 мг, 300 мг; по 14 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250775-21/3-02 від 18.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕФОР, капсули тверді по 75 мг, 150 мг, 300 мг; по 14 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250775-21/3-02 від 18.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕФОР, капсули тверді по 75 мг, 150 мг, 300 мг; по 14 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251618-21/3-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІПОДЕМІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251618-21/З-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІПОДЕМІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251618-21/З-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІПОДЕМІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251618-21/3-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІПОДЕМІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251618-21/З-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІПОДЕМІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251618-21/З-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІПОДЕМІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247641-20/3-82 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАП® 100 ПЛЮС , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг/25 мг; № 30 (10х3), № 90 (10х9): по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці; №15 (15х1), №30 (15х2), №90 (15х6): по 15 таблеток у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці;**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247641-20/3-82 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАП® 100 ПЛЮС , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг/25 мг; № 30 (10х3), № 90 (10х9): по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці; №15 (15х1), №30 (15х2), №90 (15х6): по 15 таблеток у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці;**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247641-20/3-82 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАП® 100 ПЛЮС , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг/25 мг; № 30 (10х3), № 90 (10х9): по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці; №15 (15х1), №30 (15х2), №90 (15х6): по 15 таблеток у блістері; по 1, 2 або 6 блістерів у картонній коробці;**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247198-20/3-133 від 11.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОПРИЛ БОСНАЛЕК® Н 10, таблетки по 10 таблеток у блістері по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Босналек д.д., Боснія і Герцеговина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247198-20/3-133 від 11.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОПРИЛ БОСНАЛЕК® Н 10, таблетки по 10 таблеток у блістері по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Босналек д.д., Боснія і Герцеговина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247198-20/3-133 від 11.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОПРИЛ БОСНАЛЕК® Н 10, таблетки по 10 таблеток у блістері по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Босналек д.д., Боснія і Герцеговина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247197-20/3-133 від 11.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОПРИЛ БОСНАЛЕК® Н 20, таблетки по 10 таблеток у блістері по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Босналек д.д., Боснія і Герцеговина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247197-20/3-133 від 11.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОПРИЛ БОСНАЛЕК® Н 20, таблетки по 10 таблеток у блістері по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Босналек д.д., Боснія і Герцеговина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247197-20/3-133 від 11.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОПРИЛ БОСНАЛЕК® Н 20, таблетки по 10 таблеток у блістері по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Босналек д.д., Боснія і Герцеговина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**227829-20/3-117 від 06.02.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРНАДО, таблетки вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг; по 8 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 2, 5 або 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**УОРЛД МЕДИЦИН ЛТД, Грузія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**227829-20/3-117 від 06.02.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРНАДО, таблетки вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг; по 8 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 2, 5 або 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**УОРЛД МЕДИЦИН ЛТД, Грузія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**227829-20/3-117 від 06.02.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРНАДО, таблетки вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг; по 8 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 2, 5 або 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**УОРЛД МЕДИЦИН ЛТД, Грузія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**227829-20/3-117 від 06.02.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРНАДО, таблетки вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг; по 8 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 2, 5 або 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**УОРЛД МЕДИЦИН ЛТД, Грузія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**227829-20/3-117 від 06.02.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРНАДО, таблетки вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг; по 8 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 2, 5 або 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**УОРЛД МЕДИЦИН ЛТД, Грузія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**227829-20/3-117 від 06.02.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРНАДО, таблетки вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг; по 8 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 2, 5 або 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**УОРЛД МЕДИЦИН ЛТД, Грузія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244347-20/B-132 від 29.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЮКСФЕН®, краплі очні, розчин, 2 мг/мл, по 5 мл у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244347-20/B-132 від 29.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЮКСФЕН®, краплі очні, розчин, 2 мг/мл, по 5 мл у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244347-20/B-132 від 29.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЮКСФЕН®, краплі очні, розчин, 2 мг/мл, по 5 мл у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250974-21/B-60 від 20.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЬОНУ НАСІННЯ, насіння по 100 г або по 200 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 15 г у пакетах**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Ліктрави", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250974-21/B-60 від 20.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЬОНУ НАСІННЯ, насіння по 100 г або по 200 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 15 г у пакетах**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Ліктрави", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250974-21/В-60 від 20.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЬОНУ НАСІННЯ, насіння по 100 г або по 200 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 15 г у пакетах**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Ліктрави", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245637-20/3-36 від 20.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАБТЕРА®, концентрат для розчину для інфузій, 100 мг/10 мл по 10 мл у флаконі; по 2 флакони в картонній коробці; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245637-20/3-36 від 20.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАБТЕРА®, концентрат для розчину для інфузій, 100 мг/10 мл по 10 мл у флаконі; по 2 флакони в картонній коробці; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245637-20/3-36 від 20.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАБТЕРА®, концентрат для розчину для інфузій, 100 мг/10 мл по 10 мл у флаконі; по 2 флакони в картонній коробці; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248914-20/В-45 від 09.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКСІЦИН®, концентрат для розчину для інфузій, 400 мг/20 мл, по 20 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248914-20/В-45 від 09.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКСІЦИН®, концентрат для розчину для інфузій, 400 мг/20 мл, по 20 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248914-20/В-45 від 09.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАКСІЦИН®, концентрат для розчину для інфузій, 400 мг/20 мл, по 20 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253470-21/B-66 від 26.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕБЕВЕРИНУ ГІДРОХЛОРИД, пелети (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253470-21/В-66 від 26.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕБЕВЕРИНУ ГІДРОХЛОРИД, пелети (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253470-21/В-66 від 26.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕБЕВЕРИНУ ГІДРОХЛОРИД, пелети (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249453-20/B-50, 252425-21/B-50 від 17.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКСИКАМ-БЕРКАНА, розчин для ін'єкцій, 15 мг/1,5 мл по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у картонній пачці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "БЕРКАНА+", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249453-20/B-50, 252425-21/B-50 від 17.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКСИКАМ-БЕРКАНА, розчин для ін'єкцій, 15 мг/1,5 мл по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у картонній пачці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "БЕРКАНА+", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249453-20/B-50, 252425-21/B-50 від 17.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКСИКАМ-БЕРКАНА, розчин для ін'єкцій, 15 мг/1,5 мл по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у картонній пачці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "БЕРКАНА+", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244608-20/B-60 від 30.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛЬДОНІЙ, порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244608-20/B-60 від 30.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛЬДОНІЙ, порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244608-20/B-60 від 30.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛЬДОНІЙ, порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250483-21/В-134 від 13.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛЬДОНІЙ, розчин для ін`єкцій, 100 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250483-21/В-134 від 13.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛЬДОНІЙ, розчин для ін`єкцій, 100 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250483-21/В-134 від 13.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛЬДОНІЙ, розчин для ін`єкцій, 100 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249635-20/3-39 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАКАРТИН, розчин оральний 2 г/10 мл, по 10 мл у флаконах №10 у картонній коробці**
Заявник	**УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249635-20/3-39 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАКАРТИН, розчин оральний 2 г/10 мл, по 10 мл у флаконах №10 у картонній коробці**
Заявник	**УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249635-20/3-39 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАКАРТИН, розчин оральний 2 г/10 мл, по 10 мл у флаконах №10 у картонній коробці**
Заявник	**УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247586-20/В-129 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МИРОСИБАН, розчин для ін`єкцій, 6,75 мг/0,9 мл, по 0,9 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "РОКЕТ-ФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247586-20/В-129 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МИРОСИБАН, розчин для ін`єкцій, 6,75 мг/0,9 мл, по 0,9 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "РОКЕТ-ФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247586-20/В-129 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МИРОСИБАН, розчин для ін`єкцій, 6,75 мг/0,9 мл, по 0,9 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "РОКЕТ-ФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247585-20/В-129 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МИРОФУРИЛ, капсули по 200 мг по 5 капсул у блістері; по 2 або по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "РОКЕТ-ФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247585-20/В-129 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МИРОФУРИЛ, капсули по 200 мг по 5 капсул у блістері; по 2 або по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "РОКЕТ-ФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247585-20/В-129 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МИРОФУРИЛ, капсули по 200 мг по 5 капсул у блістері; по 2 або по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "РОКЕТ-ФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**252310-21/B-116 від 16.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИФЛОКСАЦИН, розчин для інфузій, 400 мг/250 мл по 250 мл у контейнері з поліпропілену; по 1 контейнеру в картонній упаковці**
Заявник	**Дочірнє підприємство "Фарматрейд", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**252310-21/В-116 від 16.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИФЛОКСАЦИН, розчин для інфузій, 400 мг/250 мл по 250 мл у контейнері з поліпропілену; по 1 контейнеру в картонній упаковці**
Заявник	**Дочірнє підприємство "Фарматрейд", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**252310-21/В-116 від 16.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИФЛОКСАЦИН, розчин для інфузій, 400 мг/250 мл по 250 мл у контейнері з поліпропілену; по 1 контейнеру в картонній упаковці**
Заявник	**Дочірнє підприємство "Фарматрейд", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249247-20/В-132 від 16.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг; по 5 або по 7, або по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249247-20/В-132 від 16.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг; по 5 або по 7, або по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249247-20/В-132 від 16.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг; по 5 або по 7, або по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249366-20/В-133 від 17.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИФЛОКСАЦИН-ФАРМЕКС, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг по 5 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "ФАРМЕКС ГРУП", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249366-20/В-133 від 17.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИФЛОКСАЦИН-ФАРМЕКС, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг по 5 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "ФАРМЕКС ГРУП", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249366-20/В-133 від 17.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИФЛОКСАЦИН-ФАРМЕКС, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг по 5 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "ФАРМЕКС ГРУП", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251685-21/3-06 від 03.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНАФОКС, краплі очні, розчин по 5 мг/мл по 5 мл у флаконі, по 1 флакону у картонній коробці;**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251685-21/3-06 від 03.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНАФОКС, краплі очні, розчин по 5 мг/мл по 5 мл у флаконі, по 1 флакону у картонній коробці;**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251685-21/3-06 від 03.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНАФОКС, краплі очні, розчин по 5 мг/мл по 5 мл у флаконі, по 1 флакону у картонній коробці;**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248709-20/3-100 від 07.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНСЕТИН, капсули по 10 мг, 18 мг, 25 мг, 40 мг, 60 мг, по 15 капсул у блістері, по 2 блістери у коробці**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248709-20/3-100 від 07.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНСЕТИН, капсули по 10 мг, 18 мг, 25 мг, 40 мг, 60 мг, по 15 капсул у блістері, по 2 блістери у коробці**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248709-20/3-100 від 07.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНСЕТИН, капсули по 10 мг, 18 мг, 25 мг, 40 мг, 60 мг, по 15 капсул у блістері, по 2 блістери у коробці**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**237932-20/B-97 від 01.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОРФІНУ ГІДРОХЛОРИД, розчин для ін'єкцій 1 %, по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2, або 20 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**237932-20/В-97 від 01.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОРФІНУ ГІДРОХЛОРИД, розчин для ін'єкцій 1 %, по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2, або 20 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**237932-20/В-97 від 01.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОРФІНУ ГІДРОХЛОРИД, розчин для ін'єкцій 1 %, по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2, або 20 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249033-20/B-98 від 11.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОРФІНУ СУЛЬФАТ, таблетки по 0,005 г по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці з картону; таблетки по 0,010 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 5 блістерів у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 14 блістерів у груповій тарі**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249033-20/B-98 від 11.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОРФІНУ СУЛЬФАТ, таблетки по 0,005 г по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці з картону; таблетки по 0,010 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 5 блістерів у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 14 блістерів у груповій тарі**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249033-20/B-98 від 11.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОРФІНУ СУЛЬФАТ, таблетки по 0,005 г по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці з картону; таблетки по 0,010 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 5 блістерів у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 14 блістерів у груповій тарі**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249033-20/B-98 від 11.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОРФІНУ СУЛЬФАТ, таблетки по 0,005 г по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці з картону; таблетки по 0,010 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 5 блістерів у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 14 блістерів у груповій тарі**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249033-20/B-98 від 11.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОРФІНУ СУЛЬФАТ, таблетки по 0,005 г по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці з картону; таблетки по 0,010 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 5 блістерів у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 14 блістерів у груповій тарі**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249033-20/B-98 від 11.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОРФІНУ СУЛЬФАТ, таблетки по 0,005 г по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці з картону; таблетки по 0,010 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 5 блістерів у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 14 блістерів у груповій тарі**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249793-20/B-96 від 24.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЛОКСОНУ ГІДРОХЛОРИД ДИГІДРАТ, порошок кристалічний (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249793-20/B-96 від 24.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЛОКСОНУ ГІДРОХЛОРИД ДИГІДРАТ, порошок кристалічний (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249793-20/B-96 від 24.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЛОКСОНУ ГІДРОХЛОРИД ДИГІДРАТ, порошок кристалічний (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249756-20/3-06 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАПРОФФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 275 мг, по 550 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**РОТАФАРМ ЛІМІТЕД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249756-20/3-06 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАПРОФФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 275 мг, по 550 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**РОТАФАРМ ЛІМІТЕД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249756-20/3-06 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАПРОФФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 275 мг, по 550 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**РОТАФАРМ ЛІМІТЕД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249756-20/3-06 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАПРОФФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 275 мг, по 550 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**РОТАФАРМ ЛІМІТЕД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249756-20/3-06 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАПРОФФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 275 мг, по 550 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**РОТАФАРМ ЛІМІТЕД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249756-20/3-06 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАПРОФФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 275 мг, по 550 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**РОТАФАРМ ЛІМІТЕД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**242293-20/3-118 від 02.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕОЦЕБРОН, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 упаковці в картонній коробці; 1000 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 3 ампули у контурній чарунковій упаковці; по 1 упаковці в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО-ФАРМА СРЛ, Італія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**242293-20/3-118 від 02.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕОЦЕБРОН, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 упаковці в картонній коробці; 1000 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 3 ампули у контурній чарунковій упаковці; по 1 упаковці в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО-ФАРМА СРЛ, Італія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**242293-20/3-118 від 02.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕОЦЕБРОН, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 упаковці в картонній коробці; 1000 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 3 ампули у контурній чарунковій упаковці; по 1 упаковці в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО-ФАРМА СРЛ, Італія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**242293-20/3-118 від 02.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕОЦЕБРОН, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 упаковці в картонній коробці; 1000 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 3 ампули у контурній чарунковій упаковці; по 1 упаковці в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО-ФАРМА СРЛ, Італія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**242293-20/3-118 від 02.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕОЦЕБРОН, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 упаковці в картонній коробці; 1000 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 3 ампули у контурній чарунковій упаковці; по 1 упаковці в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО-ФАРМА СРЛ, Італія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**242293-20/3-118 від 02.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕОЦЕБРОН, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 упаковці в картонній коробці; 1000 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 3 ампули у контурній чарунковій упаковці; по 1 упаковці в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО-ФАРМА СРЛ, Італія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249612-20/3-121 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕФАЛЬЖИК, розчин для ін'єкцій 20 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі з маркуванням українською мовою; по 5 ампул на піддоні в картонній упаковці з маркуванням українською, російською та англійською мовами**
Заявник	**БІОКОДЕКС, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249612-20/3-121 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕФАЛЬЖИК, розчин для ін'єкцій 20 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі з маркуванням українською мовою; по 5 ампул на піддоні в картонній упаковці з маркуванням українською, російською та англійською мовами**
Заявник	**БІОКОДЕКС, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249612-20/3-121 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕФАЛЬЖИК, розчин для ін'єкцій 20 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі з маркуванням українською мовою; по 5 ампул на піддоні в картонній упаковці з маркуванням українською, російською та англійською мовами**
Заявник	**БІОКОДЕКС, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249308-20/З-124, 249309-20/З-124 від 16.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕФРОТЕКТ, розчин для інфузій; по 250 мл або по 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249308-20/З-124, 249309-20/З-124 від 16.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕФРОТЕКТ, розчин для інфузій; по 250 мл або по 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249308-20/З-124, 249309-20/З-124 від 16.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕФРОТЕКТ, розчин для інфузій; по 250 мл або по 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245679-20/В-129 від 20.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІКОТИНОВА КИСЛОТА-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій 10 мг/мл по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці з маркуванням українською та російською мовами;**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245679-20/В-129 від 20.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІКОТИНОВА КИСЛОТА-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій 10 мг/мл по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці з маркуванням українською та російською мовами;**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245679-20/В-129 від 20.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІКОТИНОВА КИСЛОТА-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій 10 мг/мл по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці з маркуванням українською та російською мовами;**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249722-20/3-28 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВІГАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249722-20/З-28 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВІГАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249722-20/3-28 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВІГАН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**210807-19/3-02 від 19.04.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОКСИВІН, краплі назальні 0,01% по 10 мл у флаконі поліетиленовому, закупореному кришкою гвинтовою із запобіжним кільцем і вставкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці з картону; по 20 мл у флаконі пластмасовому, закупореному насадкою-розпилювачем типу "Форсунка"; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармтехнологія", Республіка Білорусь**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**210807-19/3-02 від 19.04.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОКСИВІН, краплі назальні 0,01% по 10 мл у флаконі поліетиленовому, закупореному кришкою гвинтовою із запобіжним кільцем і вставкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці з картону; по 20 мл у флаконі пластмасовому, закупореному насадкою-розпилювачем типу "Форсунка"; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармтехнологія", Республіка Білорусь**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**210807-19/3-02 від 19.04.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОКСИВІН, краплі назальні 0,01% по 10 мл у флаконі поліетиленовому, закупореному кришкою гвинтовою із запобіжним кільцем і вставкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці з картону; по 20 мл у флаконі пластмасовому, закупореному насадкою-розпилювачем типу "Форсунка"; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармтехнологія", Республіка Білорусь**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**210660-19/3-94 від 17.04.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОКСИВІН, Краплі назальні 0,025%, по 10 мл у флаконі поліетиленовому, закупореному кришкою гвинтовою із запобіжним кільцем і вставкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці з картону; по 20 мл у флаконі пластмасовому, закупореному насадкою-розпилювачем типу "Форсунка"; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармтехнологія", Республіка Білорусь**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**210660-19/3-94 від 17.04.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОКСИВІН, Краплі назальні 0,025%, по 10 мл у флаконі поліетиленовому, закупореному кришкою гвинтовою із запобіжним кільцем і вставкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці з картону; по 20 мл у флаконі пластмасовому, закупореному насадкою-розпилювачем типу "Форсунка"; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармтехнологія", Республіка Білорусь**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**210660-19/3-94 від 17.04.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОКСИВІН, Краплі назальні 0,025%, по 10 мл у флаконі поліетиленовому, закупореному кришкою гвинтовою із запобіжним кільцем і вставкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці з картону; по 20 мл у флаконі пластмасовому, закупореному насадкою-розпилювачем типу "Форсунка"; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармтехнологія", Республіка Білорусь**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**210610-19/3-06 від 17.04.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОКСИВІН, Краплі назальні, розчин 0,05 %, по 10 мл у флаконі поліетиленовому, закупореному кришкою гвинтовою із запобіжним кільцнм і вставкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці з картону; по 20 мл у флаконі пластмасовому, закупореному насадкою-розпилювачем типу "Форсунка"; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармтехнологія", Республіка Білорусь**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**210610-19/3-06 від 17.04.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОКСИВІН, Краплі назальні, розчин 0,05 %, по 10 мл у флаконі поліетиленовому, закупореному кришкою гвинтовою із запобіжним кільцнм і вставкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці з картону; по 20 мл у флаконі пластмасовому, закупореному насадкою-розпилювачем типу "Форсунка"; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармтехнологія", Республіка Білорусь**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**210610-19/3-06 від 17.04.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОКСИВІН, Краплі назальні, розчин 0,05 %, по 10 мл у флаконі поліетиленовому, закупореному кришкою гвинтовою із запобіжним кільцнм і вставкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці з картону; по 20 мл у флаконі пластмасовому, закупореному насадкою-розпилювачем типу "Форсунка"; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармтехнологія", Республіка Білорусь**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246221-20/B-84 від 28.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НО-ШПА® ФОРТЕ, таблетки по 80 мг, № 10: по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; № 24: по 24 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246221-20/B-84 від 28.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НО-ШПА® ФОРТЕ, таблетки по 80 мг, № 10: по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; № 24: по 24 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246221-20/B-84 від 28.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НО-ШПА® ФОРТЕ, таблетки по 80 мг, № 10: по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; № 24: по 24 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249697-20/3-94 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОД-ТАМ, капсули пролонгованої дії, 0,4 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249697-20/3-94 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОД-ТАМ, капсули пролонгованої дії, 0,4 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249697-20/3-94 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОД-ТАМ, капсули пролонгованої дії, 0,4 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253101-21/B-39 від 25.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЗЕЛАР, розчин для інфузій та орального застосування, 20 мг/мл; по 1 мл в ампулах, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253101-21/B-39 від 25.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЗЕЛАР, розчин для інфузій та орального застосування, 20 мг/мл; по 1 мл в ампулах, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253101-21/В-39 від 25.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЗЕЛАР, розчин для інфузій та орального застосування, 20 мг/мл; по 1 мл в ампулах, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246501-20/3-124 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЗУРДЕКС®, імплантат для інтравітреального введення, 700 мкг; по 1 аплікатору, що містить імплантат, разом з пакетом-поглиначем вологи, у пакеті із фольги; по 1 пакету із фольги в картонній коробці**
Заявник	**Аллерган Фармасьютікалз Ірландія, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246501-20/3-124 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЗУРДЕКС®, імплантат для інтравітреального введення, 700 мкг; по 1 аплікатору, що містить імплантат, разом з пакетом-поглиначем вологи, у пакеті із фольги; по 1 пакету із фольги в картонній коробці**
Заявник	**Аллерган Фармасьютікалз Ірландія, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246501-20/3-124 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЗУРДЕКС®, імплантат для інтравітреального введення, 700 мкг; по 1 аплікатору, що містить імплантат, разом з пакетом-поглиначем вологи, у пакеті із фольги; по 1 пакету із фольги в картонній коробці**
Заявник	**Аллерган Фармасьютікалз Ірландія, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245705-20/3-123 від 20.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАНАТ, порошок для розчину для ін'єкцій по 50 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 5 мл (250 МО/флакон) або 10 мл (500 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою. Маркування українською мовою. порошок для розчину для ін'єкцій по 100 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 10 мл (1000 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою. Маркування українською мовою.**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	

Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2021**	(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	**245705-20/3-123 від 20.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАНАТ, порошок для розчину для ін'єкцій по 50 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 5 мл (250 МО/флакон) або 10 мл (500 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою. Маркування українською мовою. порошок для розчину для ін'єкцій по 100 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 10 мл (1000 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою. Маркування українською мовою.**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	

Прийнято співробітником СЛ	(дата) **__.__.2021**	(П.І.Б. співробітник ВКК)
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245705-20/3-123 від 20.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАНАТ, порошок для розчину для ін'єкцій по 50 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 5 мл (250 МО/флакон) або 10 мл (500 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою. Маркування українською мовою. порошок для розчину для ін'єкцій по 100 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 10 мл (1000 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою. Маркування українською мовою.**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	

Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2021**	(П.І.Б. співробітник СЛ)
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245705-20/3-123 від 20.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАНАТ, порошок для розчину для ін'єкцій по 50 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 5 мл (250 МО/флакон) або 10 мл (500 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою. Маркування українською мовою. порошок для розчину для ін'єкцій по 100 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 10 мл (1000 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою. Маркування українською мовою.**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	

Прийнято оператором ВКК	(дата) **__.__.2021**	(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	**245705-20/3-123 від 20.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАНАТ, порошок для розчину для ін'єкцій по 50 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 5 мл (250 МО/флакон) або 10 мл (500 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою. Маркування українською мовою. порошок для розчину для ін'єкцій по 100 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 10 мл (1000 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою. Маркування українською мовою.**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	

Прийнято співробітником СЛ	(дата) **__.__.2021**	(П.І.Б. співробітник ВКК)
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245705-20/3-123 від 20.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАНАТ, порошок для розчину для ін'єкцій по 50 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 5 мл (250 МО/флакон) або 10 мл (500 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою. Маркування українською мовою. порошок для розчину для ін'єкцій по 100 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 10 мл (1000 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою. Маркування українською мовою.**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	

Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата) **__.__.2021**	(П.І.Б. співробітник СЛ)
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**241847-20/3-98 від 26.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЛІМЕЛЬ N4E, емульсія для інфузій; по 1000 мл у трикамерному пластиковому пакеті в захисній оболонці, що містить поглинач та індикатор кисню; по 6 пакетів у картонній коробці; по 1500 мл у трикамерному пластиковому пакеті в захисній оболонці, що містить поглинач та індикатор кисню; по 4 пакети у картонній коробці; по 2000 мл у трикамерному пластиковому пакеті в захисній оболонці, що містить поглинач та індикатор кисню; по 4 пакети у картонній коробці**
Заявник	**Бакстер С.А., Бельгія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**241847-20/3-98 від 26.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЛІМЕЛЬ N4E, емульсія для інфузій; по 1000 мл у трикамерному пластиковому пакеті в захисній оболонці, що містить поглинач та індикатор кисню; по 6 пакетів у картонній коробці; по 1500 мл у трикамерному пластиковому пакеті в захисній оболонці, що містить поглинач та індикатор кисню; по 4 пакети у картонній коробці; по 2000 мл у трикамерному пластиковому пакеті в захисній оболонці, що містить поглинач та індикатор кисню; по 4 пакети у картонній коробці**
Заявник	**Бакстер С.А., Бельгія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**241847-20/3-98 від 26.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЛІМЕЛЬ N4E, емульсія для інфузій; по 1000 мл у трикамерному пластиковому пакеті в захисній оболонці, що містить поглинач та індикатор кисню; по 6 пакетів у картонній коробці; по 1500 мл у трикамерному пластиковому пакеті в захисній оболонці, що містить поглинач та індикатор кисню; по 4 пакети у картонній коробці; по 2000 мл у трикамерному пластиковому пакеті в захисній оболонці, що містить поглинач та індикатор кисню; по 4 пакети у картонній коробці**
Заявник	**Бакстер С.А., Бельгія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**243069-20/B-97 від 15.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЛФЕН® -75, розчин для ін'єкцій, по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**243069-20/B-97 від 15.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЛФЕН® -75, розчин для ін'єкцій, по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**243069-20/B-97 від 15.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЛФЕН® -75, розчин для ін'єкцій, по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250651-21/3-92 від 15.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЛФЕН® -75, розчин для ін'єкцій; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250651-21/3-92 від 15.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЛФЕН® -75, розчин для ін'єкцій; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250651-21/3-92 від 15.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЛФЕН® -75, розчин для ін'єкцій; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247909-20/3-132 від 24.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНІТРОП®, розчин для ін'єкцій, по 5 мг/1,5 мл або по 10 мг/1,5 мл по 1,5 мл у картриджі; по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247909-20/3-132 від 24.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНІТРОП®, розчин для ін'єкцій, по 5 мг/1,5 мл або по 10 мг/1,5 мл по 1,5 мл у картриджі; по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247909-20/3-132 від 24.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНІТРОП®, розчин для ін'єкцій, по 5 мг/1,5 мл або по 10 мг/1,5 мл по 1,5 мл у картриджі; по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247909-20/3-132 від 24.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНІТРОП®, розчин для ін'єкцій, по 5 мг/1,5 мл або по 10 мг/1,5 мл по 1,5 мл у картриджі; по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247909-20/3-132 від 24.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНІТРОП®, розчин для ін'єкцій, по 5 мг/1,5 мл або по 10 мг/1,5 мл по 1,5 мл у картриджі; по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247909-20/3-132 від 24.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНІТРОП®, розчин для ін'єкцій, по 5 мг/1,5 мл або по 10 мг/1,5 мл по 1,5 мл у картриджі; по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249503-20/В-121 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНОПОН-ЗН, розчин для ін'єкцій по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2, або 20 блістерів у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249503-20/В-121 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНОПОН-ЗН, розчин для ін'єкцій по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2, або 20 блістерів у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249503-20/В-121 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНОПОН-ЗН, розчин для ін'єкцій по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2, або 20 блістерів у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246790-20/B-121 від 05.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОРТОФЕН, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 25 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у коробці з картону; по 10 таблеток у блістері; in bulk: по 9000 або по 16000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246790-20/B-121 від 05.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОРТОФЕН, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 25 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у коробці з картону; по 10 таблеток у блістері; in bulk: по 9000 або по 16000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246790-20/B-121 від 05.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОРТОФЕН, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 25 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у коробці з картону; по 10 таблеток у блістері; in bulk: по 9000 або по 16000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246790-20/B-121 від 05.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОРТОФЕН, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 25 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у коробці з картону; по 10 таблеток у блістері; in bulk: по 9000 або по 16000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246790-20/B-121 від 05.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОРТОФЕН, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 25 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у коробці з картону; по 10 таблеток у блістері; in bulk: по 9000 або по 16000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246790-20/B-121 від 05.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОРТОФЕН, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 25 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у коробці з картону; по 10 таблеток у блістері; in bulk: по 9000 або по 16000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249645-20/3-114 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОТИПАКС®, краплі вушні; по 16 г у флаконі; по 1 флакону разом з пластиковою крапельницею у картонній коробці**
Заявник	**БІОКОДЕКС, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249645-20/3-114 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОТИПАКС®, краплі вушні; по 16 г у флаконі; по 1 флакону разом з пластиковою крапельницею у картонній коробці**
Заявник	**БІОКОДЕКС, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249645-20/3-114 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОТИПАКС®, краплі вушні; по 16 г у флаконі; по 1 флакону разом з пластиковою крапельницею у картонній коробці**
Заявник	**БІОКОДЕКС, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240607-20/3-124 від 12.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФЕВ®, капсули м`які по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці;** **капсули м`які по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240607-20/3-124 від 12.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФЕВ®, капсули м`які по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці;** **капсули м`які по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240607-20/3-124 від 12.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФЕВ®, капсули м`які по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці;** **капсули м`які по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240607-20/3-124 від 12.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФЕВ®, капсули м`які по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці;** **капсули м`які по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240607-20/3-124 від 12.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФЕВ®, капсули м`які по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці;** **капсули м`які по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240607-20/3-124 від 12.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФЕВ®, капсули м`які по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці;** **капсули м`які по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250153-20/3-124 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФЕВ®, капсули м`які по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці;** **капсули м`які по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250153-20/3-124 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФЕВ®, капсули м`які по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці;** **капсули м`які по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250153-20/3-124 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФЕВ®, капсули м`які по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці;** **капсули м`які по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250153-20/3-124 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФЕВ®, капсули м`які по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці;** **капсули м`які по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250153-20/3-124 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФЕВ®, капсули м`які по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці;** **капсули м`які по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250153-20/3-124 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОФЕВ®, капсули м`які по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці;** **капсули м`які по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240370-20/3-36, 240371-20/3-36 від 06.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАКСЕЛАДИН®, сироп, 10 мг/5 мл по 125 мл у флаконі; по 1 флакону з мірною ложкою у картонній коробці з маркуванням українською, англійською та російською мовами або по 125 мл у флаконі, по 1 флакону з мірною ложкою у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ІПСЕН КОНСЬЮМЕР ХЕЛСКЕА, акціонерне товариство спрощеного типу, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240370-20/3-36, 240371-20/3-36 від 06.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАКСЕЛАДИН®, сироп, 10 мг/5 мл по 125 мл у флаконі; по 1 флакону з мірною ложкою у картонній коробці з маркуванням українською, англійською та російською мовами або по 125 мл у флаконі, по 1 флакону з мірною ложкою у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ІПСЕН КОНСЬЮМЕР ХЕЛСКЕА, акціонерне товариство спрощеного типу, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240370-20/3-36, 240371-20/3-36 від 06.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАКСЕЛАДИН®, сироп, 10 мг/5 мл по 125 мл у флаконі; по 1 флакону з мірною ложкою у картонній коробці з маркуванням українською, англійською та російською мовами або по 125 мл у флаконі, по 1 флакону з мірною ложкою у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ІПСЕН КОНСЬЮМЕР ХЕЛСКЕА, акціонерне товариство спрощеного типу, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248034-20/3-134 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАМІФОС, концентрат для розчину для інфузій, 3 мг/мл по 5 мл, або 10 мл, або 20 мл, або 30 мл у флаконі; по 1 флакону в коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248034-20/3-134 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАМІФОС, концентрат для розчину для інфузій, 3 мг/мл по 5 мл, або 10 мл, або 20 мл, або 30 мл у флаконі; по 1 флакону в коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248034-20/3-134 від 25.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАМІФОС, концентрат для розчину для інфузій, 3 мг/мл по 5 мл, або 10 мл, або 20 мл, або 30 мл у флаконі; по 1 флакону в коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253164-21/B-60 від 25.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАПАЗОЛ-ДАРНИЦЯ, таблетки, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253164-21/В-60 від 25.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАПАЗОЛ-ДАРНИЦЯ, таблетки, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253164-21/В-60 від 25.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАПАЗОЛ-ДАРНИЦЯ, таблетки, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249737-20/B-94, 249739-20/B-94 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІАРОН, суспензія оральна, 120 мг/5 мл, по 100 мл у флаконі, по 1 флакону з мірною скляночкою у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249737-20/B-94, 249739-20/B-94 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІАРОН, суспензія оральна, 120 мг/5 мл, по 100 мл у флаконі, по 1 флакону з мірною скляночкою у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249737-20/B-94, 249739-20/B-94 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІАРОН, суспензія оральна, 120 мг/5 мл, по 100 мл у флаконі, по 1 флакону з мірною скляночкою у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249223-20/3-28, 250993-21/3-97 від 16.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРОКСИКАМ СОФАРМА, капсули тверді по 10 мг або по 20 мг по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній пачці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249223-20/3-28, 250993-21/3-97 від 16.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРОКСИКАМ СОФАРМА, капсули тверді по 10 мг або по 20 мг по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній пачці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249223-20/3-28, 250993-21/3-97 від 16.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРОКСИКАМ СОФАРМА, капсули тверді по 10 мг або по 20 мг по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній пачці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249223-20/3-28, 250993-21/3-97 від 16.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРОКСИКАМ СОФАРМА, капсули тверді по 10 мг або по 20 мг по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній пачці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249223-20/3-28, 250993-21/3-97 від 16.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРОКСИКАМ СОФАРМА, капсули тверді по 10 мг або по 20 мг по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній пачці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249223-20/3-28, 250993-21/3-97 від 16.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІРОКСИКАМ СОФАРМА, капсули тверді по 10 мг або по 20 мг по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній пачці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246645-20/3-28, 246646-20/3-28 від 04.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЛАЦЕНТА КОМПОЗИТУМ, розчин для ін'єкцій по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2, або по 20 контурних чарункових упаковок в коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246645-20/3-28, 246646-20/3-28 від 04.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЛАЦЕНТА КОМПОЗИТУМ, розчин для ін'єкцій по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2, або по 20 контурних чарункових упаковок в коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246645-20/3-28, 246646-20/3-28 від 04.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЛАЦЕНТА КОМПОЗИТУМ, розчин для ін'єкцій по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2, або по 20 контурних чарункових упаковок в коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250699-21/3-98 від 16.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОЛАЙВІ, порошок для концентрату для розчину для інфузій по 140 мг; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250699-21/3-98 від 16.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОЛАЙВІ, порошок для концентрату для розчину для інфузій по 140 мг; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250699-21/3-98 від 16.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОЛАЙВІ, порошок для концентрату для розчину для інфузій по 140 мг; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**239403-20/3-36 від 23.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОЛІЖИНАКС, капсули вагінальні по 6 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Лабораторія Іннотек Інтернасьйональ, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**239403-20/3-36 від 23.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОЛІЖИНАКС, капсули вагінальні по 6 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Лабораторія Іннотек Інтернасьйональ, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**239403-20/3-36 від 23.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОЛІЖИНАКС, капсули вагінальні по 6 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Лабораторія Іннотек Інтернасьйональ, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240752-20/B-45 від 12.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАЗОФЕСТ, порошок для розчину для ін'єкцій по 40 мг, по 1 флакону у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240752-20/B-45 від 12.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАЗОФЕСТ, порошок для розчину для ін'єкцій по 40 мг, по 1 флакону у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**240752-20/B-45 від 12.08.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРАЗОФЕСТ, порошок для розчину для ін'єкцій по 40 мг, по 1 флакону у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250112-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТАРІУМ® 2,5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг, по 14 або по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250112-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТАРІУМ® 2,5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг, по 14 або по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250112-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТАРІУМ® 2,5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг, по 14 або по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250112-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТАРІУМ® 2,5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг, по 14 або по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250112-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТАРІУМ® 2,5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг, по 14 або по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250112-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТАРІУМ® 2,5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг, по 14 або по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250112-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТАРІУМ® 2,5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг, по 14 або по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250112-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТАРІУМ® 2,5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг, по 14 або по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250112-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТАРІУМ® 2,5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 5 МГ, ПРЕСТАРІУМ® 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 5 мг, по 10 мг, по 14 або по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250113-20/3-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТАРІУМ® АРГІНІН КОМБІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 14 або по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250113-20/3-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТАРІУМ® АРГІНІН КОМБІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 14 або по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250113-20/3-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТАРІУМ® АРГІНІН КОМБІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 14 або по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250120-20/3-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТИЛОЛ® 10 МГ/ 5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг/5 мг; по 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону пакувального**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250120-20/3-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТИЛОЛ® 10 МГ/ 5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг/5 мг;** **по 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону пакувального**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250120-20/3-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТИЛОЛ® 10 МГ/ 5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг/5 мг;** **по 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону пакувального**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250121-20/3-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТИЛОЛ® 5 МГ/ 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/10 мг;** **по 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону пакувального**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250121-20/3-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТИЛОЛ® 5 МГ/ 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/10 мг;** **по 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону пакувального**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250121-20/3-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТИЛОЛ® 5 МГ/ 10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/10 мг;** **по 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону пакувального**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250123-20/3-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТИЛОЛ® 5 МГ/ 5 МГ, ПРЕСТИЛОЛ® 10 МГ/10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг /5 мг, по 10, 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону пакувального;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг/10 мг;** **по 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону пакувального**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250123-20/З-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТИЛОЛ® 5 МГ/ 5 МГ, ПРЕСТИЛОЛ® 10 МГ/10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг /5 мг, по 10, 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону пакувального;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг/10 мг;** **по 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону пакувального**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250123-20/3-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТИЛОЛ® 5 МГ/ 5 МГ, ПРЕСТИЛОЛ® 10 МГ/10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг /5 мг, по 10, 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону пакувального;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг/10 мг;** **по 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону пакувального**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250123-20/3-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТИЛОЛ® 5 МГ/ 5 МГ, ПРЕСТИЛОЛ® 10 МГ/10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг /5 мг, по 10, 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону пакувального;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг/10 мг;** **по 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону пакувального**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250123-20/З-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТИЛОЛ® 5 МГ/ 5 МГ, ПРЕСТИЛОЛ® 10 МГ/10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг /5 мг, по 10, 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону пакувального;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг/10 мг;** **по 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону пакувального**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250123-20/3-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕСТИЛОЛ® 5 МГ/ 5 МГ, ПРЕСТИЛОЛ® 10 МГ/10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг /5 мг, по 10, 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону пакувального;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг/10 мг;** **по 30 або 100 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 контейнеру для таблеток у коробці з картону пакувального**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**232649-20/3-123 від 15.04.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРІОРИКС™ / PRIORIX™ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КОРУ, ЕПІДЕМІЧНОГО ПАРОТИТУ ТА КРАСНУХИ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій; 1 монодозовий флакон (1 доза) з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) у попередньо наповненому шприці та двома голками в картонній коробці; 100 монодозових (1 доза) флаконів з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) в ампулах № 100 в окремій упаковці; 1 мультидозовий флакон (2 дози) з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) в ампулі; по 100 штук флаконів та ампул в окремих коробках;**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**232649-20/3-123 від 15.04.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРІОРИКС™ / PRIORIX™ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КОРУ, ЕПІДЕМІЧНОГО ПАРОТИТУ ТА КРАСНУХИ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій; 1 монодозовий флакон (1 доза) з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) у попередньо наповненому шприці та двома голками в картонній коробці; 100 монодозових (1 доза) флаконів з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) в ампулах № 100 в окремій упаковці; 1 мультидозовий флакон (2 дози) з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) в ампулі; по 100 штук флаконів та ампул в окремих коробках;**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**232649-20/3-123 від 15.04.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРІОРИКС™ / PRIORIX™ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КОРУ, ЕПІДЕМІЧНОГО ПАРОТИТУ ТА КРАСНУХИ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій; 1 монодозовий флакон (1 доза) з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) у попередньо наповненому шприці та двома голками в картонній коробці; 100 монодозових (1 доза) флаконів з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) в ампулах № 100 в окремій упаковці; 1 мультидозовий флакон (2 дози) з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) в ампулі; по 100 штук флаконів та ампул в окремих коробках;**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248246-20/3-92, 248247-20/3-92, 248248-20/3-92 від 01.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОКТОЗАН® НЕО, супозиторії ректальні, по 5 супозиторіїв у блістері; по 2 блістера у картонній коробці**
Заявник	**"Хемофарм" АД, Сербія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248246-20/3-92, 248247-20/3-92, 248248-20/3-92 від 01.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОКТОЗАН® НЕО, супозиторії ректальні, по 5 супозиторіїв у блістері; по 2 блістера у картонній коробці**
Заявник	**"Хемофарм" АД, Сербія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248246-20/3-92, 248247-20/3-92, 248248-20/3-92 від 01.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОКТОЗАН® НЕО, супозиторії ректальні, по 5 супозиторіїв у блістері; по 2 блістера у картонній коробці**
Заявник	**"Хемофарм" АД, Сербія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247173-20/3-124 від 11.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОКТОСЕДИЛ®, мазь;** **№ 1: по 10 г у тубі; по 1 тубі разом з аплікатором у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247173-20/3-124 від 11.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОКТОСЕДИЛ®, мазь;** **№ 1: по 10 г у тубі; по 1 тубі разом з аплікатором у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247173-20/3-124 від 11.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОКТОСЕДИЛ®, мазь;** **№ 1: по 10 г у тубі; по 1 тубі разом з аплікатором у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**242667-20/B-66 від 09.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОМЕДОЛ-ЗН, розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл, по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2, або 20 блістерів у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**242667-20/B-66 від 09.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОМЕДОЛ-ЗН, розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл, по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2, або 20 блістерів у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**242667-20/B-66 від 09.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОМЕДОЛ-ЗН, розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл, по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2, або 20 блістерів у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250133-20/3-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОНОРАН®, таблетки, вкриті оболонкою, пролонгованої дії, по 50 мг;** **по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250133-20/З-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОНОРАН®, таблетки, вкриті оболонкою, пролонгованої дії, по 50 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250133-20/З-130 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОНОРАН®, таблетки, вкриті оболонкою, пролонгованої дії, по 50 мг;** **по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249204-20/В-28 від 16.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОТАМІНУ СУЛЬФАТ, порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для виробництва стерильних лікарських форм**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249204-20/В-28 від 16.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОТАМІНУ СУЛЬФАТ, порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для виробництва стерильних лікарських форм**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249204-20/В-28 від 16.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОТАМІНУ СУЛЬФАТ, порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для виробництва стерильних лікарських форм**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**237820-20/3-114 від 01.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕЛВАР™ ЕЛЛІПТА, порошок для інгаляцій, дозований по 92 мкг/22 мкг/дозу; по 14 або 30 доз у порошковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**237820-20/3-114 від 01.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕЛВАР™ ЕЛЛІПТА, порошок для інгаляцій, дозований по 92 мкг/22 мкг/дозу; по 14 або 30 доз у порошковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**237820-20/3-114 від 01.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕЛВАР™ ЕЛЛІПТА, порошок для інгаляцій, дозований по 92 мкг/22 мкг/дозу; по 14 або 30 доз у порошковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251040-21/3-36 від 21.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕСИГАР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1,5 мг по 50 таблеток в блістері; по 2 блістера в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251040-21/3-36 від 21.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕСИГАР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1,5 мг по 50 таблеток в блістері; по 2 блістера в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251040-21/3-36 від 21.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕСИГАР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1,5 мг по 50 таблеток в блістері; по 2 блістера в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246500-20/3-124 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕСТАСІС®, емульсія очна, 0,5 мг/мл; по 0,4 мл у флаконі; по 30 флаконів в упаковці**
Заявник	**Аллерган, Інк., США**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246500-20/3-124 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕСТАСІС®, емульсія очна, 0,5 мг/мл; по 0,4 мл у флаконі; по 30 флаконів в упаковці**
Заявник	**Аллерган, Інк., США**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246500-20/3-124 від 03.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕСТАСІС®, емульсія очна, 0,5 мг/мл; по 0,4 мл у флаконі; по 30 флаконів в упаковці**
Заявник	**Аллерган, Інк., США**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248718-20/3-114 від 07.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИЗОСТИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 35 мг; по 4 таблетки у блістері, по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248718-20/3-114 від 07.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИЗОСТИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 35 мг; по 4 таблетки у блістері, по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248718-20/3-114 від 07.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИЗОСТИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 35 мг; по 4 таблетки у блістері, по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248127-20/3-134 від 26.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИФАМПІЦИН 75 МГ/ІЗОНІАЗИД 50 МГ/ПІРАЗИНАМІД 150 МГ, таблетки диспергованні, по 75 мг/50 мг/150 мг** **№100 (10х10): по 10 таблеток у стрипі, по 10 стрипів у картонній упаковці;** **№100: по 100 таблеток в поліетиленовому пакеті, вкладеному у ламіноване саше, по 1 ламінованому саше в пластиковому контейнері.** **Маркування українською мовою.**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248127-20/3-134 від 26.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИФАМПІЦИН 75 МГ/ІЗОНІАЗИД 50 МГ/ПІРАЗИНАМІД 150 МГ, таблетки диспергованні, по 75 мг/50 мг/150 мг** **№100 (10х10): по 10 таблеток у стрипі, по 10 стрипів у картонній упаковці;** **№100: по 100 таблеток в поліетиленовому пакеті, вкладеному у ламіноване саше, по 1 ламінованому саше в пластиковому контейнері.** **Маркування українською мовою.**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248127-20/3-134 від 26.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИФАМПІЦИН 75 МГ/ІЗОНІАЗИД 50 МГ/ПІРАЗИНАМІД 150 МГ, таблетки диспергованні, по 75 мг/50 мг/150 мг №100 (10х10): по 10 таблеток у стрипі, по 10 стрипів у картонній упаковці; №100: по 100 таблеток в поліетиленовому пакеті, вкладеному у ламіноване саше, по 1 ламінованому саше в пластиковому контейнері. Маркування українською мовою.**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**196003-18/3-120 від 12.07.2018**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСТАТИН СТАДА®, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймiттель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**196003-18/3-120 від 12.07.2018**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСТАТИН СТАДА®, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймiттель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**196003-18/3-120 від 12.07.2018**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСТАТИН СТАДА®, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймiттель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**196003-18/3-120 від 12.07.2018**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСТАТИН СТАДА®, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймiттель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**196003-18/3-120 від 12.07.2018**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСТАТИН СТАДА®, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймiттель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**196003-18/3-120 від 12.07.2018**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗУВАСТАТИН СТАДА®, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймiттель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251491-21/3-50 від 01.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОНОЦИТ, розчин для ін'єкцій 500 мг/4 мл або 1000 мг/4 мл; по 4 мл в ампулі; по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у картонній коробці**
Заявник	**УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251491-21/3-50 від 01.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОНОЦИТ, розчин для ін'єкцій 500 мг/4 мл або 1000 мг/4 мл; по 4 мл в ампулі; по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у картонній коробці**
Заявник	**УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251491-21/3-50 від 01.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОНОЦИТ, розчин для ін'єкцій 500 мг/4 мл або 1000 мг/4 мл; по 4 мл в ампулі; по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у картонній коробці**
Заявник	**УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817 (відмова)**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист не рекомендація**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251620-21/3-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САКОРД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг або по 160 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251620-21/3-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САКОРД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг або по 160 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251620-21/З-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САКОРД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг або по 160 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251620-21/3-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САКОРД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг або по 160 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251620-21/3-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САКОРД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг або по 160 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251620-21/З-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САКОРД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг або по 160 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251619-21/3-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САКОРД Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 80 мг/12,5 мг або 160 мг/12,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251619-21/3-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САКОРД Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 80 мг/12,5 мг або 160 мг/12,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251619-21/3-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САКОРД Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 80 мг/12,5 мг або 160 мг/12,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251619-21/3-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САКОРД Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 80 мг/12,5 мг або 160 мг/12,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251619-21/3-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САКОРД Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 80 мг/12,5 мг або 160 мг/12,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251619-21/3-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САКОРД Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 80 мг/12,5 мг або 160 мг/12,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ПРОФАРМА Інтернешнл Трейдинг Лімітед, Мальта**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249614-20/B-86, 249615-20/B-86 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САНГІВА®, розчин для ротової порожнини по 100 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканчиком в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249614-20/B-86, 249615-20/B-86 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САНГІВА®, розчин для ротової порожнини по 100 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканчиком в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249614-20/B-86, 249615-20/B-86 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САНГІВА®, розчин для ротової порожнини по 100 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканчиком в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249616-20/B-86, 249617-20/B-86 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САНГІВА®, спрей для ротової порожнини; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону з насадкою-розпилювачем в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249616-20/B-86, 249617-20/B-86 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САНГІВА®, спрей для ротової порожнини; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону з насадкою-розпилювачем в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249616-20/B-86, 249617-20/B-86 від 22.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САНГІВА®, спрей для ротової порожнини; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону з насадкою-розпилювачем в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249286-20/З-130, 249287-20/З-130, 249288-20/З-130 від 16.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САНДІМУН НЕОРАЛ®, розчин оральний, 100 мг/мл; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону разом з дозувальним комплектом у коробці з картону пакувального**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249286-20/З-130, 249287-20/З-130, 249288-20/З-130 від 16.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САНДІМУН НЕОРАЛ®, розчин оральний, 100 мг/мл; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону разом з дозувальним комплектом у коробці з картону пакувального**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249286-20/З-130, 249287-20/З-130, 249288-20/З-130 від 16.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САНДІМУН НЕОРАЛ®, розчин оральний, 100 мг/мл; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону разом з дозувальним комплектом у коробці з картону пакувального**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**223059-19/З-117, 223060-19/З-117, 223061-19/З-117, 223062-19/З-117, 223590-19/З-45, 224860-19/З-45, 224861-19/З-45 від 19.11.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САНОРИН, краплі назальні, розчин, 1 мг/мл; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону разом із кришкою-крапельницею в коробці**
Заявник	**"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**223059-19/3-117, 223060-19/3-117, 223061-19/3-117, 223062-19/3-117, 223590-19/3-45, 224860-19/3-45, 224861-19/3-45 від 19.11.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САНОРИН, краплі назальні, розчин, 1 мг/мл; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону разом із кришкою-крапельницею в коробці**
Заявник	**"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**223059-19/3-117, 223060-19/3-117, 223061-19/3-117, 223062-19/3-117, 223590-19/3-45, 224860-19/3-45, 224861-19/3-45 від 19.11.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САНОРИН, краплі назальні, розчин, 1 мг/мл; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону разом із кришкою-крапельницею в коробці**
Заявник	**"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**242967-20/3-96 від 14.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕНАДЕ®, таблетки по 13,5 мг № 500: по 20 таблеток у блістері, по 25 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**242967-20/3-96 від 14.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕНАДЕ®, таблетки по 13,5 мг № 500: по 20 таблеток у блістері, по 25 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**242967-20/3-96 від 14.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕНАДЕ®, таблетки по 13,5 мг № 500: по 20 таблеток у блістері, по 25 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**242305-20/3-36 від 03.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИНЕКОД, краплі оральні для дітей, 5 мг/мл; по 20 мл у флаконі з крапильницею і кришкою; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ГСК Консьюмер Хелскер С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**242305-20/3-36 від 03.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИНЕКОД, краплі оральні для дітей, 5 мг/мл; по 20 мл у флаконі з крапильницею і кришкою; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ГСК Консьюмер Хелскер С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**242305-20/3-36 від 03.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИНЕКОД, краплі оральні для дітей, 5 мг/мл; по 20 мл у флаконі з крапильницею і кришкою; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ГСК Консьюмер Хелскер С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**224742-19/3-132, 224743-19/3-132 від 16.12.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СКОПРИЛ®, таблетки по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери або по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**224742-19/3-132, 224743-19/3-132 від 16.12.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СКОПРИЛ®, таблетки по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери або по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**224742-19/3-132, 224743-19/3-132 від 16.12.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СКОПРИЛ®, таблетки по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери або по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**224742-19/3-132, 224743-19/3-132 від 16.12.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СКОПРИЛ®, таблетки по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери або по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**224742-19/3-132, 224743-19/3-132 від 16.12.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СКОПРИЛ®, таблетки по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери або по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**224742-19/3-132, 224743-19/3-132 від 16.12.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СКОПРИЛ®, таблетки по 10 мг або по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери або по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**232293-20/3-134 від 07.04.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СКОПРИЛ®, таблетки по 20 мг або по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери або по 3 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**232293-20/3-134 від 07.04.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СКОПРИЛ®, таблетки по 20 мг або по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери або по 3 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**232293-20/3-134 від 07.04.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СКОПРИЛ®, таблетки по 20 мг або по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери або по 3 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**232293-20/3-134 від 07.04.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СКОПРИЛ®, таблетки по 20 мг або по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери або по 3 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**232293-20/3-134 від 07.04.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СКОПРИЛ®, таблетки по 20 мг або по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери або по 3 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**232293-20/3-134 від 07.04.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СКОПРИЛ®, таблетки по 20 мг або по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери або по 3 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236404-20/3-128 від 10.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СМЕКТА® АПЕЛЬСИН-ВАНІЛЬ, порошок для оральної суспензії по 3 г; по 3,76 г порошку у пакетику, по 10, 12 або 30 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**ІПСЕН КОНСЬЮМЕР ХЕЛСКЕА, акціонерне товариство спрощеного типу, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236404-20/3-128 від 10.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СМЕКТА® АПЕЛЬСИН-ВАНІЛЬ, порошок для оральної суспензії по 3 г; по 3,76 г порошку у пакетику, по 10, 12 або 30 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**ІПСЕН КОНСЬЮМЕР ХЕЛСКЕА, акціонерне товариство спрощеного типу, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**236404-20/3-128 від 10.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СМЕКТА® АПЕЛЬСИН-ВАНІЛЬ, порошок для оральної суспензії по 3 г; по 3,76 г порошку у пакетику, по 10, 12 або 30 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**ІПСЕН КОНСЬЮМЕР ХЕЛСКЕА, акціонерне товариство спрощеного типу, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247605-20/B-60 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУБЕТТА, таблетки** **по 20 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Матеріа Медика-Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247605-20/B-60 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУБЕТТА, таблетки** **по 20 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Матеріа Медика-Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247605-20/В-60 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУБЕТТА, таблетки по 20 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Матеріа Медика-Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250267-21/З-28, 250268-21/З-28 від 04.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПІРИД, капсули тверді по 50 мг або по 100 мг по 12 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250267-21/З-28, 250268-21/З-28 від 04.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПІРИД, капсули тверді по 50 мг або по 100 мг по 12 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250267-21/3-28, 250268-21/3-28 від 04.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПІРИД, капсули тверді по 50 мг або по 100 мг по 12 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250267-21/З-28, 250268-21/З-28 від 04.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПІРИД, капсули тверді по 50 мг або по 100 мг по 12 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250267-21/З-28, 250268-21/З-28 від 04.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПІРИД, капсули тверді по 50 мг або по 100 мг по 12 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250267-21/3-28, 250268-21/3-28 від 04.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПІРИД, капсули тверді по 50 мг або по 100 мг по 12 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245221-20/В-28 від 13.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПІРИД -ЗН, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у коробці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у коробці; по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245221-20/В-28 від 13.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПІРИД -ЗН, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у коробці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у коробці; по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245221-20/В-28 від 13.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПІРИД -ЗН, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у коробці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у коробці; по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245226-20/B-97 від 13.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПІРИД -ЗН, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл, по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у коробці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у коробці; по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245226-20/В-97 від 13.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПІРИД -ЗН, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл, по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у коробці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у коробці; по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245226-20/В-97 від 13.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПІРИД -ЗН, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл, по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у коробці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у коробці; по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері; по 1 блістеру у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Харківське фармацевтичне підприємство "Здоров'я народу", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250080-20/3-94 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКНІ, капсули тверді по 0,5 мг, по 1 мг або по 5 мг, по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів у запаяному пакеті в коробці**
Заявник	**Тева Фармацевтікал Індастріз Лтд., Ізраїль**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250080-20/3-94 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКНІ, капсули тверді по 0,5 мг, по 1 мг або по 5 мг, по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів у запаяному пакеті в коробці**
Заявник	**Тева Фармацевтікал Індастріз Лтд., Ізраїль**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250080-20/3-94 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКНІ, капсули тверді по 0,5 мг, по 1 мг або по 5 мг, по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів у запаяному пакеті в коробці**
Заявник	**Тева Фармацевтікал Індастріз Лтд., Ізраїль**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250080-20/3-94 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКНІ, капсули тверді по 0,5 мг, по 1 мг або по 5 мг, по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів у запаяному пакеті в коробці**
Заявник	**Тева Фармацевтікал Індастріз Лтд., Ізраїль**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250080-20/3-94 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКНІ, капсули тверді по 0,5 мг, по 1 мг або по 5 мг, по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів у запаяному пакеті в коробці**
Заявник	**Тева Фармацевтікал Індастріз Лтд., Ізраїль**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250080-20/3-94 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКНІ, капсули тверді по 0,5 мг, по 1 мг або по 5 мг, по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів у запаяному пакеті в коробці**
Заявник	**Тева Фармацевтікал Індастріз Лтд., Ізраїль**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250080-20/3-94 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКНІ, капсули тверді по 0,5 мг, по 1 мг або по 5 мг, по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів у запаяному пакеті в коробці**
Заявник	**Тева Фармацевтікал Індастріз Лтд., Ізраїль**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250080-20/3-94 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКНІ, капсули тверді по 0,5 мг, по 1 мг або по 5 мг, по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів у запаяному пакеті в коробці**
Заявник	**Тева Фармацевтікал Індастріз Лтд., Ізраїль**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250080-20/3-94 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКНІ, капсули тверді по 0,5 мг, по 1 мг або по 5 мг, по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів у запаяному пакеті в коробці**
Заявник	**Тева Фармацевтікал Індастріз Лтд., Ізраїль**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**238952-20/B-132 від 15.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАМОКСИФЕН-ЗДОРОВ'Я, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці; по 60 таблеток у контейнері пластмасовому; по 1 контейнеру в картонній коробці або по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**238952-20/B-132 від 15.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАМОКСИФЕН-ЗДОРОВ'Я, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці; по 60 таблеток у контейнері пластмасовому; по 1 контейнеру в картонній коробці або по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**238952-20/B-132 від 15.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАМОКСИФЕН-ЗДОРОВ'Я, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці; по 60 таблеток у контейнері пластмасовому; по 1 контейнеру в картонній коробці або по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**238952-20/B-132 від 15.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАМОКСИФЕН-ЗДОРОВ'Я, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці; по 60 таблеток у контейнері пластмасовому; по 1 контейнеру в картонній коробці або по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**238952-20/B-132 від 15.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАМОКСИФЕН-ЗДОРОВ'Я, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці; по 60 таблеток у контейнері пластмасовому; по 1 контейнеру в картонній коробці або по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**238952-20/B-132 від 15.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАМОКСИФЕН-ЗДОРОВ'Я, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці; по 60 таблеток у контейнері пластмасовому; по 1 контейнеру в картонній коробці або по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244630-20/3-124 від 30.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАСИГНА, капсули тверді по 150 мг; по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів у коробці з картону;** **капсули тверді по 200 мг; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці з картону; по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244630-20/3-124 від 30.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАСИГНА, капсули тверді по 150 мг; по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів у коробці з картону;** **капсули тверді по 200 мг; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці з картону; по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244630-20/3-124 від 30.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАСИГНА, капсули тверді по 150 мг; по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів у коробці з картону;** **капсули тверді по 200 мг; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці з картону; по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244630-20/3-124 від 30.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАСИГНА, капсули тверді по 150 мг; по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів у коробці з картону;** **капсули тверді по 200 мг; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці з картону; по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244630-20/3-124 від 30.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАСИГНА, капсули тверді по 150 мг; по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів у коробці з картону;** **капсули тверді по 200 мг; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці з картону; по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244630-20/3-124 від 30.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАСИГНА, капсули тверді по 150 мг; по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів у коробці з картону;** **капсули тверді по 200 мг; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці з картону; по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250590-21/3-114 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТВІНРИКС™ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТІВ А (ІНАКТИВОВАНА) І В (АДСОРБОВАНА), суспензія для ін'єкцій; по 1 дозі (1 мл/дозу) у попередньо наповненому шприці № 1 у комплекті з голкою з маркуванням українською мовою або зі стикером українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250590-21/3-114 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТВІНРИКС™ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТІВ А (ІНАКТИВОВАНА) І В (АДСОРБОВАНА), суспензія для ін'єкцій; по 1 дозі (1 мл/дозу) у попередньо наповненому шприці № 1 у комплекті з голкою з маркуванням українською мовою або зі стикером українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250590-21/3-114 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТВІНРИКС™ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТІВ А (ІНАКТИВОВАНА) І В (АДСОРБОВАНА), суспензія для ін'єкцій; по 1 дозі (1 мл/дозу) у попередньо наповненому шприці № 1 у комплекті з голкою з маркуванням українською мовою або зі стикером українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250136-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕНАКСУМ®, таблетки по 1 мг, по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250136-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕНАКСУМ®, таблетки по 1 мг, по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250136-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕНАКСУМ®, таблетки по 1 мг, по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245585-20/3-96 від 20.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИРЕОІДЕА КОМПОЗИТУМ, розчин для ін'єкцій; по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2, або по 20 контурних чарункових упаковок у коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245585-20/3-96 від 20.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИРЕОІДЕА КОМПОЗИТУМ, розчин для ін'єкцій; по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2, або по 20 контурних чарункових упаковок у коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245585-20/3-96 від 20.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИРЕОІДЕА КОМПОЗИТУМ, розчин для ін'єкцій; по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2, або по 20 контурних чарункових упаковок у коробці з картону**
Заявник	**Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**234920-20/3-88 від 19.05.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИРОГЕН® 0,9 МГ, порошок для приготування розчину (0,9 мг/мл) для ін`єкцій по 1,1 мг; 2 флакони з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Джензайм Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**234920-20/3-88 від 19.05.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИРОГЕН® 0,9 МГ, порошок для приготування розчину (0,9 мг/мл) для ін`єкцій по 1,1 мг; 2 флакони з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Джензайм Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**234920-20/3-88 від 19.05.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИРОГЕН® 0,9 МГ, порошок для приготування розчину (0,9 мг/мл) для ін`єкцій по 1,1 мг; 2 флакони з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Джензайм Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**232502-20/3-94 від 13.04.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІАПРОСАН®, таблетки по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**232502-20/3-94 від 13.04.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІАПРОСАН®, таблетки по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**232502-20/3-94 від 13.04.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІАПРОСАН®, таблетки по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247656-20/B-60, 247660-20/B-60 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІВОМАКС® А, розчин оральний, 200 мг/мл по 100 мл або по 200 мл у флаконі; по 1 флакону з мірною ложкою або мірним стаканчиком у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247656-20/B-60, 247660-20/B-60 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІВОМАКС® А, розчин оральний, 200 мг/мл по 100 мл або по 200 мл у флаконі; по 1 флакону з мірною ложкою або мірним стаканчиком у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247656-20/B-60, 247660-20/B-60 від 18.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІВОМАКС® А, розчин оральний, 200 мг/мл по 100 мл або по 200 мл у флаконі; по 1 флакону з мірною ложкою або мірним стаканчиком у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**232765-20/3-124 від 15.04.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІЄНАМ®, порошок для розчину для інфузій; 10 флаконів з порошком у пластиковому піддоні**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**232765-20/3-124 від 15.04.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІЄНАМ®, порошок для розчину для інфузій; 10 флаконів з порошком у пластиковому піддоні**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**232765-20/3-124 від 15.04.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІЄНАМ®, порошок для розчину для інфузій; 10 флаконів з порошком у пластиковому піддоні**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251565-21/3-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОБРОСОПТ®, краплі очні, розчин, 3 мг/мл по 5 мл розчину у безбарвному поліетиленовому флаконі-крапельниці, закритий кришкою білого кольору з гарантійним кільцем (з контролем першого відкриття); по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Варшавський фармацевтичний завод Польфа АТ, Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251565-21/3-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОБРОСОПТ®, краплі очні, розчин, 3 мг/мл по 5 мл розчину у безбарвному поліетиленовому флаконі-крапельниці, закритий кришкою білого кольору з гарантійним кільцем (з контролем першого відкриття); по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Варшавський фармацевтичний завод Польфа АТ, Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**251565-21/3-133 від 02.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОБРОСОПТ®, краплі очні, розчин, 3 мг/мл по 5 мл розчину у безбарвному поліетиленовому флаконі-крапельниці, закритий кришкою білого кольору з гарантійним кільцем (з контролем першого відкриття); по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Варшавський фармацевтичний завод Польфа АТ, Польща**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**200765-18/3-130, 223530-19/3-126, 223531-19/3-126 від 27.11.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОЖЕО СОЛОСТАР, розчин для ін'єкцій, 300 Од./мл, № 1, № 3, № 5: по 1,5 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 1, 3 або 5 шприц-ручок в картонній коробці**
Заявник	**Санофі-Авентіс Дойчланд ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**200765-18/3-130, 223530-19/3-126, 223531-19/3-126 від 27.11.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОЖЕО СОЛОСТАР, розчин для ін'єкцій, 300 Од./мл, № 1, № 3, № 5: по 1,5 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 1, 3 або 5 шприц-ручок в картонній коробці**
Заявник	**Санофі-Авентіс Дойчланд ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**200765-18/3-130, 223530-19/3-126, 223531-19/3-126 від 27.11.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОЖЕО СОЛОСТАР, розчин для ін'єкцій, 300 Од./мл, № 1, № 3, № 5: по 1,5 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 1, 3 або 5 шприц-ручок в картонній коробці**
Заявник	**Санофі-Авентіс Дойчланд ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246392-20/3-50 від 30.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОПІРАМІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по 60 таблеток у флаконах; по 100 мг, по 200 мг, по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246392-20/3-50 від 30.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОПІРАМІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по 60 таблеток у флаконах; по 100 мг, по 200 мг, по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246392-20/3-50 від 30.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОПІРАМІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по 60 таблеток у флаконах; по 100 мг, по 200 мг, по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246392-20/3-50 від 30.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОПІРАМІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по 60 таблеток у флаконах; по 100 мг, по 200 мг, по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246392-20/3-50 від 30.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОПІРАМІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по 60 таблеток у флаконах; по 100 мг, по 200 мг, по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246392-20/3-50 від 30.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОПІРАМІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по 60 таблеток у флаконах; по 100 мг, по 200 мг, по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246392-20/3-50 від 30.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОПІРАМІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по 60 таблеток у флаконах; по 100 мг, по 200 мг, по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246392-20/3-50 від 30.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОПІРАМІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по 60 таблеток у флаконах; по 100 мг, по 200 мг, по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246392-20/3-50 від 30.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОПІРАМІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по 60 таблеток у флаконах; по 100 мг, по 200 мг, по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**237294-20/3-88, 237295-20/3-88 від 22.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОТЕМА, розчин оральний по 10 мл в ампулі; по 10 ампул по 2 чарункові упаковки в картонній коробці**
Заявник	**Лабораторія Іннотек Інтернасьйональ, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**237294-20/3-88, 237295-20/3-88 від 22.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОТЕМА, розчин оральний по 10 мл в ампулі; по 10 ампул по 2 чарункові упаковки в картонній коробці**
Заявник	**Лабораторія Іннотек Інтернасьйональ, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**237294-20/3-88, 237295-20/3-88 від 22.06.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОТЕМА, розчин оральний по 10 мл в ампулі; по 10 ампул по 2 чарункові упаковки в картонній коробці**
Заявник	**Лабораторія Іннотек Інтернасьйональ, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249133-20/3-134 від 15.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМ, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249133-20/3-134 від 15.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМ, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249133-20/3-134 від 15.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМ, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249066-20/B-96 від 14.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМОВА КИСЛОТА, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249066-20/B-96 від 14.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМОВА КИСЛОТА, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249066-20/B-96 від 14.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМОВА КИСЛОТА, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ДП "СТАДА-УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250107-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИВЕРАМ® 10 МГ/5 МГ/5 МГ, ТРИВЕРАМ® 20 МГ/10МГ/10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг/5 мг/5 мг, по 20 мг/10 мг/10 мг, по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250107-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИВЕРАМ® 10 МГ/5 МГ/5 МГ, ТРИВЕРАМ® 20 МГ/10МГ/10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг/5 мг/5 мг, по 20 мг/10 мг/10 мг, по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250107-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИВЕРАМ® 10 МГ/5 МГ/5 МГ, ТРИВЕРАМ® 20 МГ/10МГ/10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг/5 мг/5 мг, по 20 мг/10 мг/10 мг, по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250107-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИВЕРАМ® 10 МГ/5 МГ/5 МГ, ТРИВЕРАМ® 20 МГ/10МГ/10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг/5 мг/5 мг, по 20 мг/10 мг/10 мг, по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250107-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИВЕРАМ® 10 МГ/5 МГ/5 МГ, ТРИВЕРАМ® 20 МГ/10МГ/10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг/5 мг/5 мг, по 20 мг/10 мг/10 мг, по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250107-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИВЕРАМ® 10 МГ/5 МГ/5 МГ, ТРИВЕРАМ® 20 МГ/10МГ/10 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг/5 мг/5 мг, по 20 мг/10 мг/10 мг, по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246876-20/B-60, 247012-20/B-60, 247013-20/B-60 від 09.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИМЕК, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг по 1, по 25 або по 50 флакон з порошком у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Авант", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246876-20/B-60, 247012-20/B-60, 247013-20/B-60 від 09.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИМЕК, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг по 1, по 25 або по 50 флакон з порошком у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Авант", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246876-20/B-60, 247012-20/B-60, 247013-20/B-60 від 09.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИМЕК, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг по 1, по 25 або по 50 флакон з порошком у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Авант", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250059-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИПЛІКСАМ® 10 МГ/2,5 МГ/10 МГ, ТРИПЛІКСАМ® 5 МГ/1,25 МГ/5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/1,25 мг/5 мг, по 10 мг/2,5 мг/10 мг, по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250059-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИПЛІКСАМ® 10 МГ/2,5 МГ/10 МГ, ТРИПЛІКСАМ® 5 МГ/1,25 МГ/5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/1,25 мг/5 мг, по 10 мг/2,5 мг/10 мг, по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250059-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИПЛІКСАМ® 10 МГ/2,5 МГ/10 МГ, ТРИПЛІКСАМ® 5 МГ/1,25 МГ/5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/1,25 мг/5 мг, по 10 мг/2,5 мг/10 мг, по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250059-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИПЛІКСАМ® 10 МГ/2,5 МГ/10 МГ, ТРИПЛІКСАМ® 5 МГ/1,25 МГ/5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/1,25 мг/5 мг, по 10 мг/2,5 мг/10 мг, по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250059-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИПЛІКСАМ® 10 МГ/2,5 МГ/10 МГ, ТРИПЛІКСАМ® 5 МГ/1,25 МГ/5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/1,25 мг/5 мг, по 10 мг/2,5 мг/10 мг, по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250059-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИПЛІКСАМ® 10 МГ/2,5 МГ/10 МГ, ТРИПЛІКСАМ® 5 МГ/1,25 МГ/5 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/1,25 мг/5 мг, по 10 мг/2,5 мг/10 мг, по 30 таблеток у контейнері для таблеток; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250106-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИПЛІКСАМ® 10 МГ/2,5 МГ/5 МГ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг/2,5 мг/5 мг, по 30 таблеток у контейнері для таблеток з маркуванням українською мовою; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250106-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИПЛІКСАМ® 10 МГ/2,5 МГ/5 МГ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг/2,5 мг/5 мг, по 30 таблеток у контейнері для таблеток з маркуванням українською мовою; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250106-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИПЛІКСАМ® 10 МГ/2,5 МГ/5 МГ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг/2,5 мг/5 мг, по 30 таблеток у контейнері для таблеток з маркуванням українською мовою; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250082-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИПЛІКСАМ® 5 МГ/1,25 МГ/10 МГ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/1,25 мг/10 мг, по 30 таблеток у контейнері для таблеток з маркуванням українською мовою; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250082-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИПЛІКСАМ® 5 МГ/1,25 МГ/10 МГ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/1,25 мг/10 мг, по 30 таблеток у контейнері для таблеток з маркуванням українською мовою; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250082-20/3-36 від 30.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИПЛІКСАМ® 5 МГ/1,25 МГ/10 МГ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/1,25 мг/10 мг, по 30 таблеток у контейнері для таблеток з маркуванням українською мовою; по 1 або по 3 контейнери для таблеток у коробці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250274-21/B-96, 250275-21/B-96, 250990-21/B-92 від 04.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРІБЕСТАН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній пачці;** **in bulk № 1590: по 10 таблеток у блістері; по 159 блістерів у поліпропіленовій коробці;** **in bulk № 1620: по 10 таблеток у блістері; по 162 блістери у поліпропіленовій коробці;** **in bulk № 1650: по 10 таблеток у блістері; по 165 блістерів у поліпропіленовій коробці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250274-21/B-96, 250275-21/B-96, 250990-21/B-92 від 04.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРІБЕСТАН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній пачці;** **in bulk № 1590: по 10 таблеток у блістері; по 159 блістерів у поліпропіленовій коробці;** **in bulk № 1620: по 10 таблеток у блістері; по 162 блістери у поліпропіленовій коробці;** **in bulk № 1650: по 10 таблеток у блістері; по 165 блістерів у поліпропіленовій коробці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250274-21/B-96, 250275-21/B-96, 250990-21/B-92 від 04.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРІБЕСТАН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній пачці; in bulk № 1590: по 10 таблеток у блістері; по 159 блістерів у поліпропіленовій коробці; in bulk № 1620: по 10 таблеток у блістері; по 162 блістери у поліпропіленовій коробці; in bulk № 1650: по 10 таблеток у блістері; по 165 блістерів у поліпропіленовій коробці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250274-21/B-96, 250275-21/B-96, 250990-21/B-92 від 04.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРІБЕСТАН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній пачці;** **in bulk № 1590: по 10 таблеток у блістері; по 159 блістерів у поліпропіленовій коробці;** **in bulk № 1620: по 10 таблеток у блістері; по 162 блістери у поліпропіленовій коробці;** **in bulk № 1650: по 10 таблеток у блістері; по 165 блістерів у поліпропіленовій коробці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250274-21/B-96, 250275-21/B-96, 250990-21/B-92 від 04.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРІБЕСТАН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній пачці;** **in bulk № 1590: по 10 таблеток у блістері; по 159 блістерів у поліпропіленовій коробці;** **in bulk № 1620: по 10 таблеток у блістері; по 162 блістери у поліпропіленовій коробці;** **in bulk № 1650: по 10 таблеток у блістері; по 165 блістерів у поліпропіленовій коробці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250274-21/B-96, 250275-21/B-96, 250990-21/B-92 від 04.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРІБЕСТАН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній пачці; in bulk № 1590: по 10 таблеток у блістері; по 159 блістерів у поліпропіленовій коробці; in bulk № 1620: по 10 таблеток у блістері; по 162 блістери у поліпропіленовій коробці; in bulk № 1650: по 10 таблеток у блістері; по 165 блістерів у поліпропіленовій коробці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245045-20/3-86 від 08.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРОСАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 50 мг або по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245045-20/3-86 від 08.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРОСАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 50 мг або по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245045-20/3-86 від 08.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРОСАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 50 мг або по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245045-20/3-86 від 08.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРОСАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 50 мг або по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245045-20/3-86 від 08.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРОСАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 50 мг або по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245045-20/3-86 від 08.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРОСАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 50 мг або по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245045-20/3-86 від 08.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРОСАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 50 мг або по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245045-20/3-86 від 08.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРОСАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 50 мг або по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**245045-20/3-86 від 08.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРОСАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 50 мг або по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244289-20/3-98, 244291-20/3-98 від 29.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРУЛІСІТІ, розчин для ін`єкцій по 0,75 мг/0,5 мл, 1,5 мг/0,5 мл по 0,5 мл розчину в скляному шприці, вкладеному в одноразову шприц-ручку; по 4 попередньо заповнених шприц-ручки в упаковці**
Заявник	**Елі Ліллі Недерленд Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244289-20/3-98, 244291-20/3-98 від 29.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРУЛІСІТІ, розчин для ін`єкцій по 0,75 мг/0,5 мл, 1,5 мг/0,5 мл по 0,5 мл розчину в скляному шприці, вкладеному в одноразову шприц-ручку; по 4 попередньо заповнених шприц-ручки в упаковці**
Заявник	**Елі Ліллі Недерленд Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244289-20/3-98, 244291-20/3-98 від 29.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРУЛІСІТІ, розчин для ін`єкцій по 0,75 мг/0,5 мл, 1,5 мг/0,5 мл по 0,5 мл розчину в скляному шприці, вкладеному в одноразову шприц-ручку; по 4 попередньо заповнених шприц-ручки в упаковці**
Заявник	**Елі Ліллі Недерленд Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244289-20/3-98, 244291-20/3-98 від 29.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРУЛІСІТІ, розчин для ін`єкцій по 0,75 мг/0,5 мл, 1,5 мг/0,5 мл по 0,5 мл розчину в скляному шприці, вкладеному в одноразову шприц-ручку; по 4 попередньо заповнених шприц-ручки в упаковці**
Заявник	**Елі Ліллі Недерленд Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244289-20/3-98, 244291-20/3-98 від 29.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРУЛІСІТІ, розчин для ін`єкцій по 0,75 мг/0,5 мл, 1,5 мг/0,5 мл по 0,5 мл розчину в скляному шприці, вкладеному в одноразову шприц-ручку; по 4 попередньо заповнених шприц-ручки в упаковці**
Заявник	**Елі Ліллі Недерленд Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244289-20/3-98, 244291-20/3-98 від 29.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРУЛІСІТІ, розчин для ін`єкцій по 0,75 мг/0,5 мл, 1,5 мг/0,5 мл по 0,5 мл розчину в скляному шприці, вкладеному в одноразову шприц-ручку; по 4 попередньо заповнених шприц-ручки в упаковці**
Заявник	**Елі Ліллі Недерленд Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249769-20/3-02 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УЛСЕПАН, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 40 мг; 1 флакон у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній коробці**
Заявник	**УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249769-20/3-02 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УЛСЕПАН, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 40 мг; 1 флакон у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній коробці**
Заявник	**УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249769-20/3-02 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УЛСЕПАН, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 40 мг; 1 флакон у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній коробці**
Заявник	**УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246835-20/B-123 від 06.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНДЕВІТ, драже; по 50 драже у контейнерах; in bulk: по 1000 драже у контейнерах пластмасових;**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246835-20/В-123 від 06.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНДЕВІТ, драже; по 50 драже у контейнерах; in bulk: по 1000 драже у контейнерах пластмасових;**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246835-20/B-123 від 06.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНДЕВІТ, драже; по 50 драже у контейнерах; in bulk: по 1000 драже у контейнерах пластмасових;**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246835-20/B-123 від 06.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНДЕВІТ, драже; по 50 драже у контейнерах; in bulk: по 1000 драже у контейнерах пластмасових;**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246835-20/В-123 від 06.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНДЕВІТ, драже; по 50 драже у контейнерах; in bulk: по 1000 драже у контейнерах пластмасових;**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**246835-20/B-123 від 06.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНДЕВІТ, драже; по 50 драже у контейнерах; in bulk: по 1000 драже у контейнерах пластмасових;**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249543-20/B-61 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРО-ГРАН, гранули по 10 г у пеналі; по 1 пеналу в пачці з картону; по 10 г у флаконі з кришкою; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249543-20/B-61 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРО-ГРАН, гранули по 10 г у пеналі; по 1 пеналу в пачці з картону; по 10 г у флаконі з кришкою; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249543-20/В-61 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРО-ГРАН, гранули по 10 г у пеналі; по 1 пеналу в пачці з картону; по 10 г у флаконі з кришкою; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249018-20/3-114 від 10.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕКСОФЕН - САНОВЕЛЬ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг, або по 180 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249018-20/3-114 від 10.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕКСОФЕН - САНОВЕЛЬ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг, або по 180 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249018-20/3-114 від 10.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕКСОФЕН - САНОВЕЛЬ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг, або по 180 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249018-20/3-114 від 10.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕКСОФЕН - САНОВЕЛЬ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг, або по 180 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249018-20/3-114 від 10.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕКСОФЕН - САНОВЕЛЬ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг, або по 180 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249018-20/3-114 від 10.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕКСОФЕН - САНОВЕЛЬ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг, або по 180 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**254078-21/3-39 від 11.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год; по 25 мкг/год; по 50 мкг/год; по 75 мкг/год; по 100 мкг/год; по 1 пластиру трансдермальному у саше з функцією захисту від відкривання дітьми; по 5 саше у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**254078-21/3-39 від 11.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год; по 25 мкг/год; по 50 мкг/год; по 75 мкг/год; по 100 мкг/год; по 1 пластиру трансдермальному у саше з функцією захисту від відкривання дітьми; по 5 саше у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**254078-21/3-39 від 11.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год; по 25 мкг/год; по 50 мкг/год; по 75 мкг/год; по 100 мкг/год; по 1 пластиру трансдермальному у саше з функцією захисту від відкривання дітьми; по 5 саше у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**254078-21/3-39 від 11.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год; по 25 мкг/год; по 50 мкг/год; по 75 мкг/год; по 100 мкг/год; по 1 пластиру трансдермальному у саше з функцією захисту від відкривання дітьми; по 5 саше у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**254078-21/3-39 від 11.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год; по 25 мкг/год; по 50 мкг/год; по 75 мкг/год; по 100 мкг/год; по 1 пластиру трансдермальному у саше з функцією захисту від відкривання дітьми; по 5 саше у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**254078-21/3-39 від 11.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год; по 25 мкг/год; по 50 мкг/год; по 75 мкг/год; по 100 мкг/год; по 1 пластиру трансдермальному у саше з функцією захисту від відкривання дітьми; по 5 саше у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**254078-21/3-39 від 11.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год; по 25 мкг/год; по 50 мкг/год; по 75 мкг/год; по 100 мкг/год; по 1 пластиру трансдермальному у саше з функцією захисту від відкривання дітьми; по 5 саше у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**254078-21/3-39 від 11.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год; по 25 мкг/год; по 50 мкг/год; по 75 мкг/год; по 100 мкг/год; по 1 пластиру трансдермальному у саше з функцією захисту від відкривання дітьми; по 5 саше у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**254078-21/3-39 від 11.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год; по 25 мкг/год; по 50 мкг/год; по 75 мкг/год; по 100 мкг/год; по 1 пластиру трансдермальному у саше з функцією захисту від відкривання дітьми; по 5 саше у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**254078-21/3-39 від 11.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год; по 25 мкг/год; по 50 мкг/год; по 75 мкг/год; по 100 мкг/год; по 1 пластиру трансдермальному у саше з функцією захисту від відкривання дітьми; по 5 саше у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**254078-21/3-39 від 11.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год; по 25 мкг/год; по 50 мкг/год; по 75 мкг/год; по 100 мкг/год; по 1 пластиру трансдермальному у саше з функцією захисту від відкривання дітьми; по 5 саше у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**254078-21/3-39 від 11.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год; по 25 мкг/год; по 50 мкг/год; по 75 мкг/год; по 100 мкг/год; по 1 пластиру трансдермальному у саше з функцією захисту від відкривання дітьми; по 5 саше у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**254078-21/3-39 від 11.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год; по 25 мкг/год; по 50 мкг/год; по 75 мкг/год; по 100 мкг/год; по 1 пластиру трансдермальному у саше з функцією захисту від відкривання дітьми; по 5 саше у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**254078-21/3-39 від 11.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год; по 25 мкг/год; по 50 мкг/год; по 75 мкг/год; по 100 мкг/год; по 1 пластиру трансдермальному у саше з функцією захисту від відкривання дітьми; по 5 саше у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**254078-21/3-39 від 11.03.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год; по 25 мкг/год; по 50 мкг/год; по 75 мкг/год; по 100 мкг/год; по 1 пластиру трансдермальному у саше з функцією захисту від відкривання дітьми; по 5 саше у картонній коробці з контролем першого відкриття з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249757-20/3-02 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕРСІНОЛ, розчин для ін'єкцій, 100 мг/2 мл по 2 мл розчину в ампулі; по 5 ампул у чарунковому лотку та картонній коробці**
Заявник	**УОРЛД МЕДИЦИН ЛІМІТЕД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249757-20/3-02 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕРСІНОЛ, розчин для ін'єкцій, 100 мг/2 мл по 2 мл розчину в ампулі; по 5 ампул у чарунковому лотку та картонній коробці**
Заявник	**УОРЛД МЕДИЦИН ЛІМІТЕД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249757-20/3-02 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕРСІНОЛ, розчин для ін'єкцій, 100 мг/2 мл по 2 мл розчину в ампулі; по 5 ампул у чарунковому лотку та картонній коробці**
Заявник	**УОРЛД МЕДИЦИН ЛІМІТЕД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247169-20/B-124 від 11.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕСТАЛ® НЕО 10 000, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні; № 20 (20 х 1): по 20 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247169-20/В-124 від 11.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕСТАЛ® НЕО 10 000, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні;** **№ 20 (20 х 1): по 20 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247169-20/B-124 від 11.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕСТАЛ® НЕО 10 000, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні;** **№ 20 (20 х 1): по 20 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**243781-20/B-124, 243782-20/B-124 від 23.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛАВОВІР®, сироп по 30 мл, або по 50 мл, або по 60 мл у флаконах з скла або пластику; по 1 флакону разом з дозуючою ємністю у пачці з картонну**
Заявник	**ТОВ "НВК "Екофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**243781-20/B-124, 243782-20/B-124 від 23.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛАВОВІР®, сироп по 30 мл, або по 50 мл, або по 60 мл у флаконах з скла або пластику; по 1 флакону разом з дозуючою ємністю у пачці з картонну**
Заявник	**ТОВ "НВК "Екофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**243781-20/B-124, 243782-20/B-124 від 23.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛАВОВІР®, сироп по 30 мл, або по 50 мл, або по 60 мл у флаконах з скла або пластику; по 1 флакону разом з дозуючою ємністю у пачці з картонну**
Заявник	**ТОВ "НВК "Екофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249711-20/3-88 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛІКСОНАЗЕ, спрей назальний, водний, дозований, 50 мкг/дозу; по 60 доз у флаконі; по 1 флакону з дозуючим пристроєм в картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Консьюмер Хелскер (ЮК) Трейдінг Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249711-20/3-88 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛІКСОНАЗЕ, спрей назальний, водний, дозований, 50 мкг/дозу; по 60 доз у флаконі; по 1 флакону з дозуючим пристроєм в картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Консьюмер Хелскер (ЮК) Трейдінг Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249711-20/3-88 від 23.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛІКСОНАЗЕ, спрей назальний, водний, дозований, 50 мкг/дозу; по 60 доз у флаконі; по 1 флакону з дозуючим пристроєм в картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Консьюмер Хелскер (ЮК) Трейдінг Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**239316-20/B-02 від 22.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОКСАЛ®, краплі очні, розчин 0,3 %; по 5 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону з крапельницею в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**239316-20/В-02 від 22.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОКСАЛ®, краплі очні, розчин 0,3 %; по 5 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону з крапельницею в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**239316-20/В-02 від 22.07.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОКСАЛ®, краплі очні, розчин 0,3 %; по 5 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону з крапельницею в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247863-20/3-50 від 24.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОТТО, краплі вушні; по 15 мл розчину у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247863-20/3-50 від 24.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОТТО, краплі вушні; по 15 мл розчину у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**247863-20/3-50 від 24.11.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОТТО, краплі вушні; по 15 мл розчину у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250675-21/3-130 від 16.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРЛАКС, порошок для приготування розчину для перорального застосування по 10 г; по 10,167 г порошку в пакетику; по 10 або по 20 пакетиків у картонній коробці;**
Заявник	**ІПСЕН КОНСЬЮМЕР ХЕЛСКЕА, акціонерне товариство спрощеного типу, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250675-21/З-130 від 16.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРЛАКС, порошок для приготування розчину для перорального застосування по 10 г; по 10,167 г порошку в пакетику; по 10 або по 20 пакетиків у картонній коробці;**
Заявник	**ІПСЕН КОНСЬЮМЕР ХЕЛСКЕА, акціонерне товариство спрощеного типу, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250675-21/З-130 від 16.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРЛАКС, порошок для приготування розчину для перорального застосування по 10 г; по 10,167 г порошку в пакетику; по 10 або по 20 пакетиків у картонній коробці;**
Заявник	**ІПСЕН КОНСЬЮМЕР ХЕЛСКЕА, акціонерне товариство спрощеного типу, Франція**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244927-20/3-60 від 07.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУРАГІН, таблетки по 50 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці картонній;**
Заявник	**АТ "Олайнфарм", Латвія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244927-20/3-60 від 07.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУРАГІН, таблетки по 50 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці картонній;**
Заявник	**АТ "Олайнфарм", Латвія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244927-20/3-60 від 07.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУРАГІН, таблетки по 50 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці картонній;**
Заявник	**АТ "Олайнфарм", Латвія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250574-21/3-121 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАВРИКС™ 720 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А ХАВРИКС™ 1440 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А, суспензія для ін'єкцій 720 ОД ELISA або 1440 ОД ELISA; для 720 ОД ELISA: по 0,5 мл (1 доза для дітей) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза для дітей) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза для дітей) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 0,5 мл (1 доза для дітей) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 1 мл (1 доза для дорослих) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; для 1440 ОД ELISA: по 1 мл (1 доза для дорослих)) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 1 мл (1 доза для дорослих) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 1 мл (1 доза для дорослих) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250574-21/3-121 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАВРИКС™ 720 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А ХАВРИКС™ 1440 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А, суспензія для ін'єкцій 720 ОД ELISA або 1440 ОД ELISA; для 720 ОД ELISA: по 0,5 мл (1 доза для дітей) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза для дітей) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза для дітей) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 0,5 мл (1 доза для дітей) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 1 мл (1 доза для дорослих) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; для 1440 ОД ELISA: по 1 мл (1 доза для дорослих)) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 1 мл (1 доза для дорослих) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 1 мл (1 доза для дорослих) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250574-21/3-121 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАВРИКС™ 720 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А ХАВРИКС™ 1440 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А, суспензія для ін'єкцій 720 ОД ELISA або 1440 ОД ELISA; для 720 ОД ELISA: по 0,5 мл (1 доза для дітей) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза для дітей) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза для дітей) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 0,5 мл (1 доза для дітей) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 1 мл (1 доза для дорослих) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; для 1440 ОД ELISA: по 1 мл (1 доза для дорослих)) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 1 мл (1 доза для дорослих) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 1 мл (1 доза для дорослих) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250574-21/3-121 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАВРИКС™ 720 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А ХАВРИКС™ 1440 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А, суспензія для ін'єкцій 720 ОД ELISA або 1440 ОД ELISA; для 720 ОД ELISA: по 0,5 мл (1 доза для дітей) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза для дітей) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза для дітей) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 0,5 мл (1 доза для дітей) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 1 мл (1 доза для дорослих) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; для 1440 ОД ELISA: по 1 мл (1 доза для дорослих)) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 1 мл (1 доза для дорослих) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 1 мл (1 доза для дорослих) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250574-21/3-121 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАВРИКС™ 720 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А ХАВРИКС™ 1440 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А, суспензія для ін'єкцій 720 ОД ELISA або 1440 ОД ELISA; для 720 ОД ELISA: по 0,5 мл (1 доза для дітей) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза для дітей) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза для дітей) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 0,5 мл (1 доза для дітей) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 1 мл (1 доза для дорослих) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; для 1440 ОД ELISA: по 1 мл (1 доза для дорослих)) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 1 мл (1 доза для дорослих) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 1 мл (1 доза для дорослих) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250574-21/3-121 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАВРИКС™ 720 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А ХАВРИКС™ 1440 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А, суспензія для ін'єкцій 720 ОД ELISA або 1440 ОД ELISA; для 720 ОД ELISA: по 0,5 мл (1 доза для дітей) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза для дітей) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза для дітей) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 0,5 мл (1 доза для дітей) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 1 мл (1 доза для дорослих) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; для 1440 ОД ELISA: по 1 мл (1 доза для дорослих)) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 1 мл (1 доза для дорослих) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 1 мл (1 доза для дорослих) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250548-21/3-123 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІБЕРИКС™ / HIBERIX™ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЗБУДНИКОМ ЯКИХ Є HAEMOPHILUS INFLUENZAE ТИПУ B, ліофілізат для розчину для ін'єкцій; по 1 дозі у флаконі №1 в комплекті з розчинником(стерильний фізіологічний розчин) по 0,5 мл у попередньо наповненому шприці №1 з двома голками в коробці з маркуванням українською або зі стикером українською мовою; по 1 дозі у флаконах № 100 у комплекті з розчинником (стерильний фізіологічний розчин) по 0,5 мл у ампулах № 100 в окремих коробках з маркуванням українською або зі стикером українською мовою;**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250548-21/3-123 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІБЕРИКС™ / HIBERIX™ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЗБУДНИКОМ ЯКИХ Є HAEMOPHILUS INFLUENZAE ТИПУ B, ліофілізат для розчину для ін'єкцій; по 1 дозі у флаконі №1 в комплекті з розчинником(стерильний фізіологічний розчин) по 0,5 мл у попередньо наповненому шприці №1 з двома голками в коробці з маркуванням українською або зі стикером українською мовою; по 1 дозі у флаконах № 100 у комплекті з розчинником (стерильний фізіологічний розчин) по 0,5 мл у ампулах № 100 в окремих коробках з маркуванням українською або зі стикером українською мовою;**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250548-21/3-123 від 14.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІБЕРИКС™ / HIBERIX™ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЗБУДНИКОМ ЯКИХ Є HAEMOPHILUS INFLUENZAE ТИПУ B, ліофілізат для розчину для ін'єкцій; по 1 дозі у флаконі №1 в комплекті з розчинником(стерильний фізіологічний розчин) по 0,5 мл у попередньо наповненому шприці №1 з двома голками в коробці з маркуванням українською або зі стикером українською мовою; по 1 дозі у флаконах № 100 у комплекті з розчинником (стерильний фізіологічний розчин) по 0,5 мл у ампулах № 100 в окремих коробках з маркуванням українською або зі стикером українською мовою;**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248888-20/3-86, 248889-20/3-86, 248893-20/3-86 від 09.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІТЕН, таблетки по 4 мг; по 8 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери разом з 1 саше силікагелю в тришаровому алюмінієвому пакеті; по 1 пакету у пачці з картону**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248888-20/3-86, 248889-20/3-86, 248893-20/3-86 від 09.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІТЕН, таблетки по 4 мг; по 8 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери разом з 1 саше силікагелю в тришаровому алюмінієвому пакеті; по 1 пакету у пачці з картону**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248888-20/3-86, 248889-20/3-86, 248893-20/3-86 від 09.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІТЕН, таблетки по 4 мг; по 8 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери разом з 1 саше силікагелю в тришаровому алюмінієвому пакеті; по 1 пакету у пачці з картону**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248888-20/3-86, 248889-20/3-86, 248893-20/3-86 від 09.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІТЕН, таблетки по 4 мг; по 8 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери разом з 1 саше силікагелю в тришаровому алюмінієвому пакеті; по 1 пакету у пачці з картону**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248888-20/3-86, 248889-20/3-86, 248893-20/3-86 від 09.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІТЕН, таблетки по 4 мг; по 8 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери разом з 1 саше силікагелю в тришаровому алюмінієвому пакеті; по 1 пакету у пачці з картону**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248888-20/3-86, 248889-20/3-86, 248893-20/3-86 від 09.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІТЕН, таблетки по 4 мг; по 8 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери разом з 1 саше силікагелю в тришаровому алюмінієвому пакеті; по 1 пакету у пачці з картону**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249597-20/B-60 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХОЛЕ-ГРАН, гранули;** **по 10 г у пеналі або у флаконі з кришкою; по 1 пеналу або флакону в пачці з картону з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249597-20/B-60 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХОЛЕ-ГРАН, гранули;** **по 10 г у пеналі або у флаконі з кришкою; по 1 пеналу або флакону в пачці з картону з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249597-20/B-60 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХОЛЕ-ГРАН, гранули;** **по 10 г у пеналі або у флаконі з кришкою; по 1 пеналу або флакону в пачці з картону з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "НАЦІОНАЛЬНА ГОМЕОПАТИЧНА СПІЛКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244658-20/3-116 від 30.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕТРИН, сироп 2,5 мг/5 мл по 30 мл або по 50 мл або по 100 мл сиропу у флаконі; по 1 флакону з мірним ковпачком у картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244658-20/3-116 від 30.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕТРИН, сироп 2,5 мг/5 мл по 30 мл або по 50 мл або по 100 мл сиропу у флаконі; по 1 флакону з мірним ковпачком у картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244658-20/3-116 від 30.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕТРИН, сироп 2,5 мг/5 мл по 30 мл або по 50 мл або по 100 мл сиропу у флаконі; по 1 флакону з мірним ковпачком у картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244815-20/3-116 від 06.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФЕПІМ, порошок для розчину для ін`єкцій по 1000 мг 1 флакон з порошком у коробці з картону**
Заявник	**ВІТА САН ЛТД, Великобританія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244815-20/3-116 від 06.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФЕПІМ, порошок для розчину для ін`єкцій по 1000 мг 1 флакон з порошком у коробці з картону**
Заявник	**ВІТА САН ЛТД, Великобританія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**244815-20/3-116 від 06.10.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФЕПІМ, порошок для розчину для ін`єкцій по 1000 мг 1 флакон з порошком у коробці з картону**
Заявник	**ВІТА САН ЛТД, Великобританія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Перереєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**221354-19/3-118 від 23.10.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФТАЗИДИМ (БУЛО ЦЕФТАЗИДИМ АТБ) , порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 г; по 1 або по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**Антибіотики СА, Румунія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**221354-19/3-118 від 23.10.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФТАЗИДИМ (БУЛО ЦЕФТАЗИДИМ АТБ) , порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 г; по 1 або по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**Антибіотики СА, Румунія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**221354-19/3-118 від 23.10.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФТАЗИДИМ (БУЛО ЦЕФТАЗИДИМ АТБ) , порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 г; по 1 або по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**Антибіотики СА, Румунія**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Реєстрація**
Тип посвідчення	**Реєстраційне посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249816-20/В-132 від 24.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФТРИАКСОН, порошок для розчину для ін'єкцій по 1,0 г; 1, або 5, або 50 флаконів з порошком у пачці з картону; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Лідокаїн, розчин для ін`єкцій, 10 мг/мл, по 3,5 мл) у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій, по 10 мл в ампулі) у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249816-20/B-132 від 24.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФТРИАКСОН, порошок для розчину для ін'єкцій по 1,0 г; 1, або 5, або 50 флаконів з порошком у пачці з картону; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Лідокаїн, розчин для ін`єкцій, 10 мг/мл, по 3,5 мл) у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій, по 10 мл в ампулі) у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249816-20/B-132 від 24.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФТРИАКСОН, порошок для розчину для ін'єкцій по 1,0 г; 1, або 5, або 50 флаконів з порошком у пачці з картону; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Лідокаїн, розчин для ін`єкцій, 10 мг/мл, по 3,5 мл) у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій, по 10 мл в ампулі) у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248562-20/B-02, 248567-20/B-02 від 02.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИЛІТИН, розчин для ін`єкцій, 125 мг/мл або 250 мг/мл; по 4 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери у пачці; по 4 мл в ампулі, по 100 ампул у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248562-20/B-02, 248567-20/B-02 від 02.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИЛІТИН, розчин для ін`єкцій, 125 мг/мл або 250 мг/мл; по 4 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери у пачці; по 4 мл в ампулі, по 100 ампул у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248562-20/B-02, 248567-20/B-02 від 02.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИЛІТИН, розчин для ін`єкцій, 125 мг/мл або 250 мг/мл; по 4 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери у пачці; по 4 мл в ампулі, по 100 ампул у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248562-20/B-02, 248567-20/B-02 від 02.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИЛІТИН, розчин для ін`єкцій, 125 мг/мл або 250 мг/мл; по 4 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери у пачці; по 4 мл в ампулі, по 100 ампул у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248562-20/B-02, 248567-20/B-02 від 02.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИЛІТИН, розчин для ін`єкцій, 125 мг/мл або 250 мг/мл; по 4 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери у пачці; по 4 мл в ампулі, по 100 ампул у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**248562-20/B-02, 248567-20/B-02 від 02.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИЛІТИН, розчин для ін`єкцій, 125 мг/мл або 250 мг/мл; по 4 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери у пачці; по 4 мл в ампулі, по 100 ампул у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**243223-20/3-130 від 16.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИРАМЗА, концентрат для розчину для інфузій, 10 мг/мл; по 10 мл та 50 мл у флаконах, по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**Елі Ліллі Недерленд Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**243223-20/3-130 від 16.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИРАМЗА, концентрат для розчину для інфузій, 10 мг/мл; по 10 мл та 50 мл у флаконах, по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**Елі Ліллі Недерленд Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**243223-20/3-130 від 16.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИРАМЗА, концентрат для розчину для інфузій, 10 мг/мл; по 10 мл та 50 мл у флаконах, по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**Елі Ліллі Недерленд Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250637-21/В-97 від 15.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТРОПАК® - ДАРНИЦЯ, таблетки, по 6 або по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 6 або по 10 таблеток у контурних чарункових упаковках**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + **додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250637-21/В-97 від 15.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТРОПАК® - ДАРНИЦЯ, таблетки, по 6 або по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 6 або по 10 таблеток у контурних чарункових упаковках**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**250637-21/В-97 від 15.01.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТРОПАК® - ДАРНИЦЯ, таблетки, по 6 або по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 6 або по 10 таблеток у контурних чарункових упаковках**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**23.04.2021 р. № 817**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2021**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)