ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279682-22/B-96 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**D-ГЛЮКОЗАМІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279682-22/B-96 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**D-ГЛЮКОЗАМІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279682-22/В-96 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**D-ГЛЮКОЗАМІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**280151-22/3-92 від 26.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АБІРТРОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 250 мг по 10 таблеток у блістері по 12 блістерів в картонній коробці; по 500 мг по 10 таблеток у блістері по 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280151-22/3-92 від 26.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АБІРТРОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 250 мг по 10 таблеток у блістері по 12 блістерів в картонній коробці; по 500 мг по 10 таблеток у блістері по 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280151-22/3-92 від 26.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АБІРТРОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 250 мг по 10 таблеток у блістері по 12 блістерів в картонній коробці; по 500 мг по 10 таблеток у блістері по 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**280151-22/3-92 від 26.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АБІРТРОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 250 мг по 10 таблеток у блістері по 12 блістерів в картонній коробці; по 500 мг по 10 таблеток у блістері по 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280151-22/3-92 від 26.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АБІРТРОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 250 мг по 10 таблеток у блістері по 12 блістерів в картонній коробці; по 500 мг по 10 таблеток у блістері по 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280151-22/3-92 від 26.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АБІРТРОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 250 мг по 10 таблеток у блістері по 12 блістерів в картонній коробці; по 500 мг по 10 таблеток у блістері по 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**280060-22/B-66 від 25.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АБРОЛ®, сироп, 15 мг/5 мл; 30 мг/5 мл, по 100 мл у флаконі з поліетилену або скла; по 1 флакону з мірною скляночкою в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280060-22/В-66 від 25.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АБРОЛ®, сироп, 15 мг/5 мл; 30 мг/5 мл, по 100 мл у флаконі з поліетилену або скла; по 1 флакону з мірною скляночкою в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280060-22/В-66 від 25.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АБРОЛ®, сироп, 15 мг/5 мл; 30 мг/5 мл, по 100 мл у флаконі з поліетилену або скла; по 1 флакону з мірною скляночкою в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**280060-22/B-66 від 25.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АБРОЛ®, сироп, 15 мг/5 мл; 30 мг/5 мл, по 100 мл у флаконі з поліетилену або скла; по 1 флакону з мірною скляночкою в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280060-22/В-66 від 25.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АБРОЛ®, сироп, 15 мг/5 мл; 30 мг/5 мл, по 100 мл у флаконі з поліетилену або скла; по 1 флакону з мірною скляночкою в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280060-22/В-66 від 25.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АБРОЛ®, сироп, 15 мг/5 мл; 30 мг/5 мл, по 100 мл у флаконі з поліетилену або скла; по 1 флакону з мірною скляночкою в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**280063-22/B-66 від 25.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АБРОЛ®, розчин для інгаляцій та перорального застосування, 15 мг/2 мл по 100 мл у скляному флаконі з кришкою з контролем першого відкриття; кожен флакон у картонній упаковці разом зі шприцом-дозатором об'ємом 5 мл та адаптером для шприца; по 100 мл у скляному флаконі з кришкою, недоступною для відкриття дітьми; кожен флакон у картонній упаковці разом зі шприцом-дозатором об'ємом 5 мл та адаптером для шприца**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280063-22/B-66 від 25.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АБРОЛ®, розчин для інгаляцій та перорального застосування, 15 мг/2 мл по 100 мл у скляному флаконі з кришкою з контролем першого відкриття; кожен флакон у картонній упаковці разом зі шприцом-дозатором об'ємом 5 мл та адаптером для шприца; по 100 мл у скляному флаконі з кришкою, недоступною для відкриття дітьми; кожен флакон у картонній упаковці разом зі шприцом-дозатором об'ємом 5 мл та адаптером для шприца**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280063-22/B-66 від 25.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АБРОЛ®, розчин для інгаляцій та перорального застосування, 15 мг/2 мл по 100 мл у скляному флаконі з кришкою з контролем першого відкриття; кожен флакон у картонній упаковці разом зі шприцом-дозатором об'ємом 5 мл та адаптером для шприца; по 100 мл у скляному флаконі з кришкою, недоступною для відкриття дітьми; кожен флакон у картонній упаковці разом зі шприцом-дозатором об'ємом 5 мл та адаптером для шприца**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**280062-22/B-66 від 25.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АБРОЛ® SR , капсули з пролонгованою дією, по 75 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280062-22/В-66 від 25.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АБРОЛ® SR , капсули з пролонгованою дією, по 75 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280062-22/В-66 від 25.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АБРОЛ® SR , капсули з пролонгованою дією, по 75 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**277335-22/В-138 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДВОКАРД®, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 4 блістери у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277335-22/В-138 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДВОКАРД®, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 4 блістери у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277335-22/В-138 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДВОКАРД®, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 4 блістери у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**279553-22/B-84 від 12.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЖОВІ™, розчин для ін'єкцій, 225 мг/1,5 мл; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненому шприці; по 1 або 3 шприци в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279553-22/B-84 від 12.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЖОВІ™, розчин для ін'єкцій, 225 мг/1,5 мл; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненому шприці; по 1 або 3 шприци в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279553-22/B-84 від 12.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЖОВІ™, розчин для ін'єкцій, 225 мг/1,5 мл; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненому шприці; по 1 або 3 шприци в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**279088-22/3-116, 279410-22/3-06 від 04.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИПОЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 3 таблетки в блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 500 мг, по 2 або 3 таблетки в блістері, по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279088-22/З-116, 279410-22/З-06 від 04.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИПОЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 3 таблетки в блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 500 мг, по 2 або 3 таблетки в блістері, по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279088-22/З-116, 279410-22/З-06 від 04.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИПОЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 3 таблетки в блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 500 мг, по 2 або 3 таблетки в блістері, по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**279088-22/3-116, 279410-22/3-06 від 04.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИПОЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 3 таблетки в блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 500 мг, по 2 або 3 таблетки в блістері, по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279088-22/З-116, 279410-22/З-06 від 04.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИПОЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 3 таблетки в блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 500 мг, по 2 або 3 таблетки в блістері, по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279088-22/З-116, 279410-22/З-06 від 04.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИПОЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 3 таблетки в блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 500 мг, по 2 або 3 таблетки в блістері, по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**АТ "Адамед Фарма", Польща**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**274378-22/3-134, 274379-22/3-134 від 13.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЙЛІЯ®, розчин для ін'єкцій, 40 мг/мл; по 0,165 мл у попередньо заповненому шприці; по 1 шприцу (запаяному у блістер) у картонній упаковці; по 0,278 мл у скляному флаконі; по 1 флакону з фільтрувальною голкою 18 G у картонній упаковці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**274378-22/3-134, 274379-22/3-134 від 13.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЙЛІЯ®, розчин для ін'єкцій, 40 мг/мл; по 0,165 мл у попередньо заповненому шприці; по 1 шприцу (запаяному у блістер) у картонній упаковці; по 0,278 мл у скляному флаконі; по 1 флакону з фільтрувальною голкою 18 G у картонній упаковці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**274378-22/3-134, 274379-22/3-134 від 13.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЙЛІЯ®, розчин для ін'єкцій, 40 мг/мл; по 0,165 мл у попередньо заповненому шприці; по 1 шприцу (запаяному у блістер) у картонній упаковці; по 0,278 мл у скляному флаконі; по 1 флакону з фільтрувальною голкою 18 G у картонній упаковці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**280364-22/B-61 від 31.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛОПУРИНОЛ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280364-22/B-61 від 31.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛОПУРИНОЛ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280364-22/В-61 від 31.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛОПУРИНОЛ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**257406-21/3-84, 257407-21/3-84, 257408-21/3-84, 257409-21/3-84 від 12.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУНБРИГ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 90 мг; 180 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**257406-21/3-84, 257407-21/3-84, 257408-21/3-84, 257409-21/3-84 від 12.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУНБРИГ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 90 мг; 180 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**257406-21/3-84, 257407-21/3-84, 257408-21/3-84, 257409-21/3-84 від 12.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУНБРИГ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 90 мг; 180 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**257406-21/3-84, 257407-21/3-84, 257408-21/3-84, 257409-21/3-84 від 12.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУНБРИГ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 90 мг; 180 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**257406-21/3-84, 257407-21/3-84, 257408-21/3-84, 257409-21/3-84 від 12.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУНБРИГ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 90 мг; 180 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**257406-21/3-84, 257407-21/3-84, 257408-21/3-84, 257409-21/3-84 від 12.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУНБРИГ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 90 мг; 180 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**257406-21/3-84, 257407-21/3-84, 257408-21/3-84, 257409-21/3-84 від 12.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУНБРИГ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 90 мг; 180 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**257406-21/3-84, 257407-21/3-84, 257408-21/3-84, 257409-21/3-84 від 12.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУНБРИГ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 90 мг; 180 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**257406-21/3-84, 257407-21/3-84, 257408-21/3-84, 257409-21/3-84 від 12.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛУНБРИГ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 90 мг; 180 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**277307-22/3-98 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬБЕНЗІ, суспензія оральна, 200 мг/5 мл; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277307-22/3-98 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬБЕНЗІ, суспензія оральна, 200 мг/5 мл; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277307-22/3-98 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬБЕНЗІ, суспензія оральна, 200 мг/5 мл; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**278328-22/3-134 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬФА НОРМІКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг по 12 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці.**
Заявник	**Альфасігма С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278328-22/3-134 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬФА НОРМІКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг по 12 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці.**
Заявник	**Альфасігма С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278328-22/3-134 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬФА НОРМІКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг по 12 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці.**
Заявник	**Альфасігма С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**270639-21/В-128, 270640-21/В-128, 270641-21/В-128 від 22.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬФАРЕКІН®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 млн МО або по 3 млн МО; 10 флаконів з ліофілізатом у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 1 флакон з ліофілізатом в комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 5 флаконів з ліофілізатом в комплекті з 5 ампулами розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**270639-21/B-128, 270640-21/B-128, 270641-21/B-128 від 22.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬФАРЕКІН®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 млн МО або по 3 млн МО; 10 флаконів з ліофілізатом у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 1 флакон з ліофілізатом в комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 5 флаконів з ліофілізатом в комплекті з 5 ампулами розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**270639-21/B-128, 270640-21/B-128, 270641-21/B-128 від 22.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬФАРЕКІН®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 млн МО або по 3 млн МО; 10 флаконів з ліофілізатом у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 1 флакон з ліофілізатом в комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 5 флаконів з ліофілізатом в комплекті з 5 ампулами розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**270639-21/В-128, 270640-21/В-128, 270641-21/В-128 від 22.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬФАРЕКІН®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 млн МО або по 3 млн МО; 10 флаконів з ліофілізатом у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 1 флакон з ліофілізатом в комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 5 флаконів з ліофілізатом в комплекті з 5 ампулами розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**270639-21/B-128, 270640-21/B-128, 270641-21/B-128 від 22.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬФАРЕКІН®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 млн МО або по 3 млн МО; 10 флаконів з ліофілізатом у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 1 флакон з ліофілізатом в комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 5 флаконів з ліофілізатом в комплекті з 5 ампулами розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**270639-21/B-128, 270640-21/B-128, 270641-21/B-128 від 22.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬФАРЕКІН®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 млн МО або по 3 млн МО; 10 флаконів з ліофілізатом у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 1 флакон з ліофілізатом в комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 5 флаконів з ліофілізатом в комплекті з 5 ампулами розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**279066-22/B-97 від 04.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІАКУ РОЗЧИН, розчин для зовнішнього застосування 10 %, по 40 мл або по 100 мл у флаконах скляних; по 200 мл у флаконах скляних з контролем першого відкриття; по 40 мл, або по 100 мл, або по 200 мл у флаконах полімерних з конролем першого відкриття**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279066-22/B-97 від 04.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІАКУ РОЗЧИН, розчин для зовнішнього застосування 10 %, по 40 мл або по 100 мл у флаконах скляних; по 200 мл у флаконах скляних з контролем першого відкриття; по 40 мл, або по 100 мл, або по 200 мл у флаконах полімерних з конролем першого відкриття**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279066-22/В-97 від 04.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІАКУ РОЗЧИН, розчин для зовнішнього застосування 10 %, по 40 мл або по 100 мл у флаконах скляних; по 200 мл у флаконах скляних з контролем першого відкриття; по 40 мл, або по 100 мл, або по 200 мл у флаконах полімерних з конролем першого відкриття**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**267680-21/B-97, 267681-21/B-97, 267682-21/B-97 від 09.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІНОКАПРОНОВА КИСЛОТА, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ДЕРЖАВНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ЗАВОД ХІМІЧНИХ РЕАКТИВІВ" НАУКОВО-ТЕХНОЛОГІЧНОГО КОМПЛЕКСУ "ІНСТИТУТ МОНОКРИСТАЛІВ" НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ НАУК УКРАЇНИ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**267680-21/B-97, 267681-21/B-97, 267682-21/B-97 від 09.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІНОКАПРОНОВА КИСЛОТА, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ДЕРЖАВНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ЗАВОД ХІМІЧНИХ РЕАКТИВІВ" НАУКОВО-ТЕХНОЛОГІЧНОГО КОМПЛЕКСУ "ІНСТИТУТ МОНОКРИСТАЛІВ" НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ НАУК УКРАЇНИ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**267680-21/B-97, 267681-21/B-97, 267682-21/B-97 від 09.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІНОКАПРОНОВА КИСЛОТА, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ДЕРЖАВНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ЗАВОД ХІМІЧНИХ РЕАКТИВІВ" НАУКОВО-ТЕХНОЛОГІЧНОГО КОМПЛЕКСУ "ІНСТИТУТ МОНОКРИСТАЛІВ" НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ НАУК УКРАЇНИ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**279343-22/В-134 від 10.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІНОКАПРОНОВА КИСЛОТА, таблетки по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці; по 20 таблеток у контейнері. Маркування українською мовою**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279343-22/В-134 від 10.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІНОКАПРОНОВА КИСЛОТА, таблетки по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці; по 20 таблеток у контейнері. Маркування українською мовою**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279343-22/B-134 від 10.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІНОКАПРОНОВА КИСЛОТА, таблетки по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці; по 20 таблеток у контейнері. Маркування українською мовою**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**279355-22/В-134 від 10.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМЛОДИПІН-ФІТОФАРМ, таблетки по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 3 блістери у пачці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279355-22/В-134 від 10.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМЛОДИПІН-ФІТОФАРМ, таблетки по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 3 блістери у пачці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279355-22/В-134 від 10.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМЛОДИПІН-ФІТОФАРМ, таблетки по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 3 блістери у пачці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**278950-22/B-97, 278951-22/B-97, 278952-22/B-97 від 03.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНАЛЬГІН - ДИБАЗОЛ - ПАПАВЕРИН, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278950-22/B-97, 278951-22/B-97, 278952-22/B-97 від 03.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНАЛЬГІН - ДИБАЗОЛ - ПАПАВЕРИН, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278950-22/B-97, 278951-22/B-97, 278952-22/B-97 від 03.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНАЛЬГІН - ДИБАЗОЛ - ПАПАВЕРИН, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**279589-22/B-66 від 15.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНГІО-БЕТАРГІН, розчин для інфузій, 42 мг/мл по 100 мл у пляшці, по 1 пляшці у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "ВОРВАРТС ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279589-22/В-66 від 15.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНГІО-БЕТАРГІН, розчин для інфузій, 42 мг/мл по 100 мл у пляшці, по 1 пляшці у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "ВОРВАРТС ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279589-22/B-66 від 15.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНГІО-БЕТАРГІН, розчин для інфузій, 42 мг/мл по 100 мл у пляшці, по 1 пляшці у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "ВОРВАРТС ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**278546-22/3-98 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИМІДЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278546-22/3-98 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИМІДЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278546-22/3-98 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИМІДЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**273695-22/B-96 від 22.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИТМІЛ, таблетки по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2, 3 або 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**273695-22/В-96 від 22.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИТМІЛ, таблетки по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2, 3 або 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**273695-22/В-96 від 22.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРИТМІЛ, таблетки по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2, 3 або 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**279361-22/В-134 від 10.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРТЕДЖА®-Д ГЕЛЬ, гель 5% по 50 г або 100 г в тубі; по 1 тубі в пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279361-22/В-134 від 10.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРТЕДЖА®-Д ГЕЛЬ, гель 5% по 50 г або 100 г в тубі; по 1 тубі в пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279361-22/В-134 від 10.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРТЕДЖА®-Д ГЕЛЬ, гель 5% по 50 г або 100 г в тубі; по 1 тубі в пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**270247-21/B-06 від 16.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРТІМА, розчин для ін'єкцій, 200 мг/мл,по 2 мл розчину в ампулі з забарвленого скла (ампула А) у комплекті з 1 мл розчинника в ампулі з безбарвного скла (ампула В), по 5 ампул А та по 5 ампул В у пачці; по 5 ампул А та по 5 ампул В у блістерах, по 1 блістеру з ампулами А та по 1 блістеру з ампулами В в пачці**
Заявник	**АТ "БІОЛІК", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**270247-21/B-06 від 16.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРТІМА, розчин для ін'єкцій, 200 мг/мл,по 2 мл розчину в ампулі з забарвленого скла (ампула А) у комплекті з 1 мл розчинника в ампулі з безбарвного скла (ампула В), по 5 ампул А та по 5 ампул В у пачці; по 5 ампул А та по 5 ампул В у блістерах, по 1 блістеру з ампулами А та по 1 блістеру з ампулами В в пачці**
Заявник	**АТ "БІОЛІК", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**270247-21/B-06 від 16.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРТІМА, розчин для ін'єкцій, 200 мг/мл,по 2 мл розчину в ампулі з забарвленого скла (ампула А) у комплекті з 1 мл розчинника в ампулі з безбарвного скла (ампула В), по 5 ампул А та по 5 ампул В у пачці; по 5 ампул А та по 5 ампул В у блістерах, по 1 блістеру з ампулами А та по 1 блістеру з ампулами В в пачці**
Заявник	**АТ "БІОЛІК", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**278522-22/3-84 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРТРИДА®, розчин для ін`єкцій, 100 мг/мл; по 2 мл в ампулах; по 5 ампул у лотку; по 2 лотки у пачці з картону**
Заявник	**ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278522-22/3-84 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРТРИДА®, розчин для ін`єкцій, 100 мг/мл; по 2 мл в ампулах; по 5 ампул у лотку; по 2 лотки у пачці з картону**
Заявник	**ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278522-22/3-84 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРТРИДА®, розчин для ін`єкцій, 100 мг/мл; по 2 мл в ампулах; по 5 ампул у лотку; по 2 лотки у пачці з картону**
Заявник	**ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**279435-22/B-124 від 10.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПІРОЗА®, капсули тверді по 5 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці;** **капсули тверді по 20 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці;** **капсули тверді по 10 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279435-22/В-124 від 10.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПІРОЗА®, капсули тверді по 5 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці;** **капсули тверді по 20 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці;** **капсули тверді по 10 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279435-22/B-124 від 10.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПІРОЗА®, капсули тверді по 5 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці;** **капсули тверді по 20 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці;** **капсули тверді по 10 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**279435-22/B-124 від 10.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПІРОЗА®, капсули тверді по 5 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці;** **капсули тверді по 20 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці;** **капсули тверді по 10 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279435-22/В-124 від 10.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПІРОЗА®, капсули тверді по 5 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці;** **капсули тверді по 20 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці;** **капсули тверді по 10 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279435-22/B-124 від 10.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПІРОЗА®, капсули тверді по 5 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці;** **капсули тверді по 20 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці;** **капсули тверді по 10 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**279435-22/B-124 від 10.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПІРОЗА®, капсули тверді по 5 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці;** **капсули тверді по 20 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці;** **капсули тверді по 10 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279435-22/В-124 від 10.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПІРОЗА®, капсули тверді по 5 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці;** **капсули тверді по 20 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці;** **капсули тверді по 10 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279435-22/B-124 від 10.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСПІРОЗА®, капсули тверді по 5 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці;** **капсули тверді по 20 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці;** **капсули тверді по 10 мг/100 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**277318-22/В-138 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТФ-ЛОНГ®, таблетки по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 4 блістери в коробці; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277318-22/В-138 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТФ-ЛОНГ®, таблетки по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 4 блістери в коробці; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277318-22/В-138 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТФ-ЛОНГ®, таблетки по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 4 блістери в коробці; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**277305-22/В-138 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТФ-ЛОНГ®, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 4 блістери в коробці; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277305-22/В-138 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТФ-ЛОНГ®, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 4 блістери в коробці; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277305-22/В-138 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТФ-ЛОНГ®, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 4 блістери в коробці; по 10 таблеток у блістері**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**278545-22/3-98 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЛОК, розчин для ін'єкцій, 1 мг/мл; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278545-22/3-98 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЛОК, розчин для ін'єкцій, 1 мг/мл; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278545-22/3-98 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЛОК, розчин для ін'єкцій, 1 мг/мл; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**278544-22/3-98 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЛОК ЗОК, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, з уповільненим вивільненням по 25 мг, по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 50 мг, по 100 мг, по 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278544-22/3-98 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЛОК ЗОК, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, з уповільненим вивільненням по 25 мг, по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 50 мг, по 100 мг, по 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278544-22/3-98 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЛОК ЗОК, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, з уповільненим вивільненням по 25 мг, по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 50 мг, по 100 мг, по 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**278544-22/3-98 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЛОК ЗОК, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, з уповільненим вивільненням по 25 мг, по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 50 мг, по 100 мг, по 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278544-22/3-98 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЛОК ЗОК, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, з уповільненим вивільненням по 25 мг, по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 50 мг, по 100 мг, по 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278544-22/3-98 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЛОК ЗОК, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, з уповільненим вивільненням по 25 мг, по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 50 мг, по 100 мг, по 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**278544-22/3-98 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЛОК ЗОК, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, з уповільненим вивільненням по 25 мг, по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 50 мг, по 100 мг, по 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278544-22/3-98 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЛОК ЗОК, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, з уповільненим вивільненням по 25 мг, по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 50 мг, по 100 мг, по 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278544-22/3-98 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕТАЛОК ЗОК, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, з уповільненим вивільненням по 25 мг, по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 50 мг, по 100 мг, по 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**277354-22/3-138 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІКАЛУТАМІД ДЖЕНЕФАРМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Дженефарм С.А., Греція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277354-22/3-138 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІКАЛУТАМІД ДЖЕНЕФАРМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Дженефарм С.А., Греція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277354-22/3-138 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІКАЛУТАМІД ДЖЕНЕФАРМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Дженефарм С.А., Греція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**269180-21/3-82 від 02.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІЛОДДІ, таблетки по 200 мг, по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці**
Заявник	**КУПФЕР БІОТЕХ, УАБ, Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**269180-21/3-82 від 02.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІЛОДДІ, таблетки по 200 мг, по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці**
Заявник	**КУПФЕР БІОТЕХ, УАБ, Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**269180-21/3-82 від 02.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІЛОДДІ, таблетки по 200 мг, по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці**
Заявник	**КУПФЕР БІОТЕХ, УАБ, Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**272136-22/3-124 від 26.01.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОЗУЛІФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; 2 блістери у картонній коробці; по 120 таблеток у флаконі, 1 флакон у картонній коробці; маркування українською та англійською мовами; по 14 таблеток у блістері з маркуванням іноземною мовою; 2 блістери у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою зі стикером українською мовою;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 14 таблеток у блістері; 2 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у флаконі, 1 флакон у картонній коробці; маркування українською та англійською мовами; по 14 таблеток у блістері з маркуванням іноземною мовою; 2 блістери у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою зі стикером українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**272136-22/3-124 від 26.01.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОЗУЛІФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; 2 блістери у картонній коробці; по 120 таблеток у флаконі, 1 флакон у картонній коробці; маркування українською та англійською мовами; по 14 таблеток у блістері з маркуванням іноземною мовою; 2 блістери у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою зі стикером українською мовою;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 14 таблеток у блістері; 2 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у флаконі, 1 флакон у картонній коробці; маркування українською та англійською мовами; по 14 таблеток у блістері з маркуванням іноземною мовою; 2 блістери у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою зі стикером українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**272136-22/3-124 від 26.01.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОЗУЛІФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; 2 блістери у картонній коробці; по 120 таблеток у флаконі, 1 флакон у картонній коробці; маркування українською та англійською мовами; по 14 таблеток у блістері з маркуванням іноземною мовою; 2 блістери у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою зі стикером українською мовою;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 14 таблеток у блістері; 2 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у флаконі, 1 флакон у картонній коробці; маркування українською та англійською мовами; по 14 таблеток у блістері з маркуванням іноземною мовою; 2 блістери у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою зі стикером українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**272136-22/3-124 від 26.01.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОЗУЛІФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; 2 блістери у картонній коробці; по 120 таблеток у флаконі, 1 флакон у картонній коробці; маркування українською та англійською мовами; по 14 таблеток у блістері з маркуванням іноземною мовою; 2 блістери у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою зі стикером українською мовою;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 14 таблеток у блістері; 2 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у флаконі, 1 флакон у картонній коробці; маркування українською та англійською мовами; по 14 таблеток у блістері з маркуванням іноземною мовою; 2 блістери у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою зі стикером українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**272136-22/3-124 від 26.01.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОЗУЛІФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; 2 блістери у картонній коробці; по 120 таблеток у флаконі, 1 флакон у картонній коробці; маркування українською та англійською мовами; по 14 таблеток у блістері з маркуванням іноземною мовою; 2 блістери у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою зі стикером українською мовою;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 14 таблеток у блістері; 2 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у флаконі, 1 флакон у картонній коробці; маркування українською та англійською мовами; по 14 таблеток у блістері з маркуванням іноземною мовою; 2 блістери у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою зі стикером українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**272136-22/3-124 від 26.01.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОЗУЛІФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; 2 блістери у картонній коробці; по 120 таблеток у флаконі, 1 флакон у картонній коробці; маркування українською та англійською мовами; по 14 таблеток у блістері з маркуванням іноземною мовою; 2 блістери у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою зі стикером українською мовою;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 14 таблеток у блістері; 2 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у флаконі, 1 флакон у картонній коробці; маркування українською та англійською мовами; по 14 таблеток у блістері з маркуванням іноземною мовою; 2 блістери у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою зі стикером українською мовою**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**279139-22/В-121 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОРНОЇ КИСЛОТИ РОЗЧИН СПИРТОВИЙ, розчин для зовнішнього застосування, спиртовий 2 %; по 10 мл, по 25 мл у флаконах з маркуванням українською мовою; по 25 мл у флаконі з маркуванням українською мовою; по 1 флакону в пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279139-22/В-121 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОРНОЇ КИСЛОТИ РОЗЧИН СПИРТОВИЙ, розчин для зовнішнього застосування, спиртовий 2 %; по 10 мл, по 25 мл у флаконах з маркуванням українською мовою; по 25 мл у флаконі з маркуванням українською мовою; по 1 флакону в пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279139-22/В-121 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОРНОЇ КИСЛОТИ РОЗЧИН СПИРТОВИЙ, розчин для зовнішнього застосування, спиртовий 2 %; по 10 мл, по 25 мл у флаконах з маркуванням українською мовою; по 25 мл у флаконі з маркуванням українською мовою; по 1 флакону в пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**278563-22/3-134 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРИЛІНТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278563-22/3-134 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРИЛІНТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278563-22/3-134 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРИЛІНТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**278563-22/3-134 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРИЛІНТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278563-22/3-134 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРИЛІНТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278563-22/3-134 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРИЛІНТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**278559-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУДЕСОНІД АСТРАЗЕНЕКА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл або 0,5 мг/мл; по 2 мл в контейнері; по 5 контейнерів у конверті; по 4 конверти у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278559-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУДЕСОНІД АСТРАЗЕНЕКА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл або 0,5 мг/мл; по 2 мл в контейнері; по 5 контейнерів у конверті; по 4 конверти у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278559-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУДЕСОНІД АСТРАЗЕНЕКА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл або 0,5 мг/мл; по 2 мл в контейнері; по 5 контейнерів у конверті; по 4 конверти у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**278559-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУДЕСОНІД АСТРАЗЕНЕКА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл або 0,5 мг/мл; по 2 мл в контейнері; по 5 контейнерів у конверті; по 4 конверти у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278559-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУДЕСОНІД АСТРАЗЕНЕКА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл або 0,5 мг/мл; по 2 мл в контейнері; по 5 контейнерів у конверті; по 4 конверти у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278559-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУДЕСОНІД АСТРАЗЕНЕКА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл або 0,5 мг/мл; по 2 мл в контейнері; по 5 контейнерів у конверті; по 4 конверти у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**276721-22/3-98, 276722-22/3-98 від 16.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУДЕСОНІД ІЗІХЕЙЛЕР, порошок для інгаляцій, 200 мкг/доза; по 200 доз в інгаляторі з захисним ковпачком у ламінованому пакеті; по 1 ламінованому пакету в картонній коробці; по 200 доз в інгаляторі з захисним ковпачком у ламінованому пакеті; по 1 ламінованому пакету та захисному контейнеру для інгалятора в картонній коробці**
Заявник	**Оріон Корпорейшн, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**276721-22/3-98, 276722-22/3-98 від 16.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУДЕСОНІД ІЗІХЕЙЛЕР, порошок для інгаляцій, 200 мкг/доза; по 200 доз в інгаляторі з захисним ковпачком у ламінованому пакеті; по 1 ламінованому пакету в картонній коробці; по 200 доз в інгаляторі з захисним ковпачком у ламінованому пакеті; по 1 ламінованому пакету та захисному контейнеру для інгалятора в картонній коробці**
Заявник	**Оріон Корпорейшн, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**276721-22/3-98, 276722-22/3-98 від 16.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУДЕСОНІД ІЗІХЕЙЛЕР, порошок для інгаляцій, 200 мкг/доза; по 200 доз в інгаляторі з захисним ковпачком у ламінованому пакеті; по 1 ламінованому пакету в картонній коробці; по 200 доз в інгаляторі з захисним ковпачком у ламінованому пакеті; по 1 ламінованому пакету та захисному контейнеру для інгалятора в картонній коробці**
Заявник	**Оріон Корпорейшн, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**278564-22/3-134 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАКСЗЕВРІЯ (VAXZEVRIA), розчин для ін'єкцій по 5 мл розчину в 10-дозовому флаконі (прозоре скло типу I) з пробкою (гумовою з алюмінієвим обжимним ковпачком), по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278564-22/3-134 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАКСЗЕВРІЯ (VAXZEVRIA), розчин для ін'єкцій по 5 мл розчину в 10-дозовому флаконі (прозоре скло типу I) з пробкою (гумовою з алюмінієвим обжимним ковпачком), по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278564-22/3-134 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАКСЗЕВРІЯ (VAXZEVRIA), розчин для ін'єкцій по 5 мл розчину в 10-дозовому флаконі (прозоре скло типу I) з пробкою (гумовою з алюмінієвим обжимним ковпачком), по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**273479-22/3-123, 276205-22/3-123, 276206-22/3-123, 276207-22/3-123 від 02.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАКСЗЕВРІЯ (VAXZEVRIA) , розчин для ін'єкцій; по 5 мл розчину в 10-дозовому флаконі (прозоре скло типу I) з пробкою (гумовою з алюмінієвим обжимним ковпачком), по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**273479-22/З-123, 276205-22/З-123, 276206-22/З-123, 276207-22/З-123 від 02.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАКСЗЕВРІЯ (VAXZEVRIA) , розчин для ін'єкцій; по 5 мл розчину в 10-дозовому флаконі (прозоре скло типу I) з пробкою (гумовою з алюмінієвим обжимним ковпачком), по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**273479-22/З-123, 276205-22/З-123, 276206-22/З-123, 276207-22/З-123 від 02.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАКСЗЕВРІЯ (VAXZEVRIA) , розчин для ін'єкцій; по 5 мл розчину в 10-дозовому флаконі (прозоре скло типу I) з пробкою (гумовою з алюмінієвим обжимним ковпачком), по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**273433-22/З-123, 276199-22/З-123, 276200-22/З-123, 276201-22/З-123 від 02.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАКСЗЕВРІЯ (VAXZEVRIA) (БУЛО: ВАКЦИНА АСТРАЗЕНЕКА ПРОТИ COVID-19 / COVID-19 VACCINE ASTRAZENECA), розчин для ін'єкцій; по 5 мл розчину в 10-дозовому флаконі (прозоре скло типу I) з пробкою (гумовою з алюмінієвим обжимним ковпачком), по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**273433-22/З-123, 276199-22/З-123, 276200-22/З-123, 276201-22/З-123 від 02.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАКСЗЕВРІЯ (VAXZEVRIA) (БУЛО: ВАКЦИНА АСТРАЗЕНЕКА ПРОТИ COVID-19 / COVID-19 VACCINE ASTRAZENECA), розчин для ін'єкцій; по 5 мл розчину в 10-дозовому флаконі (прозоре скло типу I) з пробкою (гумовою з алюмінієвим обжимним ковпачком), по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**273433-22/З-123, 276199-22/З-123, 276200-22/З-123, 276201-22/З-123 від 02.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАКСЗЕВРІЯ (VAXZEVRIA) (БУЛО: ВАКЦИНА АСТРАЗЕНЕКА ПРОТИ COVID-19 / COVID-19 VACCINE ASTRAZENECA), розчин для ін'єкцій; по 5 мл розчину в 10-дозовому флаконі (прозоре скло типу I) з пробкою (гумовою з алюмінієвим обжимним ковпачком), по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**279184-22/3-123 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАКСЗЕВРІЯ (VAXZEVRIA) (БУЛО: ВАКЦИНА АСТРАЗЕНЕКА ПРОТИ COVID-19 / COVID-19 VACCINE ASTRAZENECA), розчин для ін'єкцій; по 5 мл розчину в 10-дозовому флаконі (прозоре скло типу I) з пробкою (гумовою з алюмінієвим обжимним ковпачком), по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279184-22/3-123 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАКСЗЕВРІЯ (VAXZEVRIA) (БУЛО: ВАКЦИНА АСТРАЗЕНЕКА ПРОТИ COVID-19 / COVID-19 VACCINE ASTRAZENECA), розчин для ін'єкцій; по 5 мл розчину в 10-дозовому флаконі (прозоре скло типу I) з пробкою (гумовою з алюмінієвим обжимним ковпачком), по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279184-22/3-123 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАКСЗЕВРІЯ (VAXZEVRIA) (БУЛО: ВАКЦИНА АСТРАЗЕНЕКА ПРОТИ COVID-19 / COVID-19 VACCINE ASTRAZENECA), розчин для ін'єкцій; по 5 мл розчину в 10-дозовому флаконі (прозоре скло типу I) з пробкою (гумовою з алюмінієвим обжимним ковпачком), по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**279628-22/B-96 від 15.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЕРІАНИ ЕКСТРАКТ ГУСТИЙ, екстракт густий (субстанція) в бочках полімерних для виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279628-22/B-96 від 15.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЕРІАНИ ЕКСТРАКТ ГУСТИЙ, екстракт густий (субстанція) в бочках полімерних для виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279628-22/B-96 від 15.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЕРІАНИ ЕКСТРАКТ ГУСТИЙ, екстракт густий (субстанція) в бочках полімерних для виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**277732-22/3-06 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛМІСАР Н , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80/12,5 мг; по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг; 320/25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277732-22/3-06 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛМІСАР Н , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80/12,5 мг; по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг; 320/25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277732-22/3-06 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛМІСАР Н , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80/12,5 мг; по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг; 320/25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**277732-22/3-06 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛМІСАР Н , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80/12,5 мг; по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг; 320/25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277732-22/3-06 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛМІСАР Н , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80/12,5 мг; по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг; 320/25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277732-22/3-06 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛМІСАР Н , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80/12,5 мг; по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг; 320/25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**277732-22/3-06 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛМІСАР Н , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80/12,5 мг; по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг; 320/25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277732-22/3-06 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛМІСАР Н , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80/12,5 мг; по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг; 320/25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277732-22/3-06 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛМІСАР Н , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80/12,5 мг; по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг; 320/25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**277732-22/3-06 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛМІСАР Н , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80/12,5 мг; по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг; 320/25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277732-22/3-06 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛМІСАР Н , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80/12,5 мг; по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг; 320/25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277732-22/3-06 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛМІСАР Н , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80/12,5 мг; по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг; 320/25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**277732-22/3-06 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛМІСАР Н , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80/12,5 мг; по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг; 320/25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277732-22/3-06 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛМІСАР Н , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80/12,5 мг; по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг; 320/25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277732-22/3-06 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛМІСАР Н , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80/12,5 мг; по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг; 320/25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**276124-22/3-06 від 01.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАР-АМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/160 мг або по 10 мг/160 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**276124-22/3-06 від 01.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАР-АМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/160 мг або по 10 мг/160 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**276124-22/3-06 від 01.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАР-АМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/160 мг або по 10 мг/160 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**276124-22/3-06 від 01.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАР-АМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/160 мг або по 10 мг/160 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**276124-22/3-06 від 01.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАР-АМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/160 мг або по 10 мг/160 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**276124-22/3-06 від 01.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАР-АМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/160 мг або по 10 мг/160 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**280142-22/3-92 від 26.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАНКОВАН, ліофілізат для розчину для інфузій по 500 мг або по 1000 мг, флакон скляний, по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280142-22/3-92 від 26.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАНКОВАН, ліофілізат для розчину для інфузій по 500 мг або по 1000 мг, флакон скляний, по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280142-22/3-92 від 26.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАНКОВАН, ліофілізат для розчину для інфузій по 500 мг або по 1000 мг, флакон скляний, по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**280142-22/3-92 від 26.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАНКОВАН, ліофілізат для розчину для інфузій по 500 мг або по 1000 мг, флакон скляний, по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280142-22/3-92 від 26.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАНКОВАН, ліофілізат для розчину для інфузій по 500 мг або по 1000 мг, флакон скляний, по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280142-22/3-92 від 26.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАНКОВАН, ліофілізат для розчину для інфузій по 500 мг або по 1000 мг, флакон скляний, по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**280140-22/3-92 від 26.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАНКОМІЦИН-ВІСТА, ліофілізат для розчину для інфузій по 500 мг, 1 скляний флакон з ліофілізатом, місткістю 10 мл в картонній коробці; по 1000 мг, 1 скляний флакон з ліофілізатом, місткістю 20 мл в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280140-22/3-92 від 26.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАНКОМІЦИН-ВІСТА, ліофілізат для розчину для інфузій по 500 мг, 1 скляний флакон з ліофілізатом, місткістю 10 мл в картонній коробці; по 1000 мг, 1 скляний флакон з ліофілізатом, місткістю 20 мл в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280140-22/3-92 від 26.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАНКОМІЦИН-ВІСТА, ліофілізат для розчину для інфузій по 500 мг, 1 скляний флакон з ліофілізатом, місткістю 10 мл в картонній коробці; по 1000 мг, 1 скляний флакон з ліофілізатом, місткістю 20 мл в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**280140-22/3-92 від 26.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАНКОМІЦИН-ВІСТА, ліофілізат для розчину для інфузій по 500 мг, 1 скляний флакон з ліофілізатом, місткістю 10 мл в картонній коробці; по 1000 мг, 1 скляний флакон з ліофілізатом, місткістю 20 мл в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280140-22/3-92 від 26.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАНКОМІЦИН-ВІСТА, ліофілізат для розчину для інфузій по 500 мг, 1 скляний флакон з ліофілізатом, місткістю 10 мл в картонній коробці; по 1000 мг, 1 скляний флакон з ліофілізатом, місткістю 20 мл в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280140-22/3-92 від 26.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАНКОМІЦИН-ВІСТА, ліофілізат для розчину для інфузій по 500 мг, 1 скляний флакон з ліофілізатом, місткістю 10 мл в картонній коробці; по 1000 мг, 1 скляний флакон з ліофілізатом, місткістю 20 мл в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**263123-21/З-118 від 18.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛПАНАТ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 400 мг/100 мг по 28 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у флаконі. По 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Натко Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**263123-21/3-118 від 18.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛПАНАТ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 400 мг/100 мг по 28 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у флаконі. По 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Натко Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**263123-21/3-118 від 18.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛПАНАТ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 400 мг/100 мг по 28 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у флаконі. По 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Натко Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**280785-22/3-66 від 07.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕРРУКУТАН®, розчин нашкірний, 5 мг/г, 100 мг/г, по 13 мл у флаконі з поліетиленовою кришкою недоступною для відкриття дітьми, що загвинчується та приєднаним до неї шпателем; по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280785-22/3-66 від 07.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕРРУКУТАН®, розчин нашкірний, 5 мг/г, 100 мг/г, по 13 мл у флаконі з поліетиленовою кришкою недоступною для відкриття дітьми, що загвинчується та приєднаним до неї шпателем; по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**280785-22/З-66 від 07.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕРРУКУТАН®, розчин нашкірний, 5 мг/г, 100 мг/г, по 13 мл у флаконі з поліетиленовою кришкою недоступною для відкриття дітьми, що загвинчується та приєднаним до неї шпателем; по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**278292-22/3-121 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕССЕЛ ДУЕ Ф, капсули м'які по 250 ЛО; по 25 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Альфасігма С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278292-22/3-121 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕССЕЛ ДУЕ Ф, капсули м'які по 250 ЛО; по 25 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Альфасігма С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278292-22/3-121 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕССЕЛ ДУЕ Ф, капсули м'які по 250 ЛО; по 25 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Альфасігма С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**278291-22/3-121 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕССЕЛ ДУЕ Ф, розчин для ін'єкцій по 600 ЛО/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у картонній коробці**
Заявник	**Альфасігма С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278291-22/3-121 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕССЕЛ ДУЕ Ф, розчин для ін'єкцій по 600 ЛО/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у картонній коробці**
Заявник	**Альфасігма С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278291-22/3-121 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕССЕЛ ДУЕ Ф, розчин для ін'єкцій по 600 ЛО/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у картонній коробці**
Заявник	**Альфасігма С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**277295-22/3-123 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕТ КОМОД®, краплі очні, 20 мг/мл; по 10 мл у багатодозовому пластиковому контейнері, оснащеному повітронепроникним насосом; по 1 контейнеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277295-22/3-123 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕТ КОМОД®, краплі очні, 20 мг/мл; по 10 мл у багатодозовому пластиковому контейнері, оснащеному повітронепроникним насосом; по 1 контейнеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277295-22/3-123 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕТ КОМОД®, краплі очні, 20 мг/мл; по 10 мл у багатодозовому пластиковому контейнері, оснащеному повітронепроникним насосом; по 1 контейнеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**278216-22/3-84 від 19.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАКОРАМ® 3,5 МГ/2,5 МГ, ВІАКОРАМ® 7 МГ/5 МГ, таблетки по 7 мг/5 мг; по 3,5 мг/2,5 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	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278216-22/3-84 від 19.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАКОРАМ® 3,5 МГ/2,5 МГ, ВІАКОРАМ® 7 МГ/5 МГ, таблетки по 7 мг/5 мг; по 3,5 мг/2,5 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	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278216-22/3-84 від 19.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАКОРАМ® 3,5 МГ/2,5 МГ, ВІАКОРАМ® 7 МГ/5 МГ, таблетки по 7 мг/5 мг; по 3,5 мг/2,5 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	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**278216-22/3-84 від 19.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАКОРАМ® 3,5 МГ/2,5 МГ, ВІАКОРАМ® 7 МГ/5 МГ, таблетки по 7 мг/5 мг; по 3,5 мг/2,5 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	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278216-22/3-84 від 19.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАКОРАМ® 3,5 МГ/2,5 МГ, ВІАКОРАМ® 7 МГ/5 МГ, таблетки по 7 мг/5 мг; по 3,5 мг/2,5 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	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278216-22/3-84 від 19.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІАКОРАМ® 3,5 МГ/2,5 МГ, ВІАКОРАМ® 7 МГ/5 МГ, таблетки по 7 мг/5 мг; по 3,5 мг/2,5 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	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**270239-21/З-130, 274359-22/З-84, 277315-22/З-130 від 16.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІКТОЗА®, розчин для ін'єкцій, 6 мг/мл, по 3 мл у картриджах, вкладених у попередньо заповнену багатодозову одноразову шприц-ручку; по 1 або по 2 попередньо заповнені шприц-ручки в картонній коробці**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**270239-21/3-130, 274359-22/3-84, 277315-22/3-130 від 16.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІКТОЗА®, розчин для ін'єкцій, 6 мг/мл, по 3 мл у картриджах, вкладених у попередньо заповнену багатодозову одноразову шприц-ручку; по 1 або по 2 попередньо заповнені шприц-ручки в картонній коробці**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**270239-21/3-130, 274359-22/3-84, 277315-22/3-130 від 16.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІКТОЗА®, розчин для ін'єкцій, 6 мг/мл, по 3 мл у картриджах, вкладених у попередньо заповнену багатодозову одноразову шприц-ручку; по 1 або по 2 попередньо заповнені шприц-ручки в картонній коробці**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**273524-22/B-92, 278307-22/B-06 від 18.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІНІТЕЛ® , сироп, 200 мг/5 мл по 100 мл або по 200 мл у скляному флаконі з кришкою з контролем першого відкриття, кожен флакон у картонній упаковці разом зі шприцем-дозатором об'ємом 5 мл та адаптером для шприца; по 100 мл або по 200 мл у скляному флаконі з кришкою, недоступною для відкриття дітьми, кожен флакон у картонній упаковці разом зі шприцем-дозатором об'ємом 5 мл та адаптером для шприца**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**273524-22/B-92, 278307-22/B-06 від 18.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІНІТЕЛ® , сироп, 200 мг/5 мл по 100 мл або по 200 мл у скляному флаконі з кришкою з контролем першого відкриття, кожен флакон у картонній упаковці разом зі шприцем-дозатором об'ємом 5 мл та адаптером для шприца; по 100 мл або по 200 мл у скляному флаконі з кришкою, недоступною для відкриття дітьми, кожен флакон у картонній упаковці разом зі шприцем-дозатором об'ємом 5 мл та адаптером для шприца**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**273524-22/B-92, 278307-22/B-06 від 18.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІНІТЕЛ® , сироп, 200 мг/5 мл по 100 мл або по 200 мл у скляному флаконі з кришкою з контролем першого відкриття, кожен флакон у картонній упаковці разом зі шприцем-дозатором об'ємом 5 мл та адаптером для шприца; по 100 мл або по 200 мл у скляному флаконі з кришкою, недоступною для відкриття дітьми, кожен флакон у картонній упаковці разом зі шприцем-дозатором об'ємом 5 мл та адаптером для шприца**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**278727-22/B-39, 278742-22/B-39 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАНТИН 300, капсули по 300 мг по 10 капсул у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278727-22/B-39, 278742-22/B-39 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАНТИН 300, капсули по 300 мг по 10 капсул у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**278727-22/B-39, 278742-22/B-39 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАБАНТИН 300, капсули по 300 мг по 10 капсул у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**267273-21/3-82 від 03.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕНСУЛІН М30, суспензія для ін'єкцій, 100 ОД/мл;** **in bulk: по 10 мл у скляному флаконі; по 150 флаконів у пластиковій касеті; по 1 касеті у коробці;** **in bulk: по 3 мл в картриджі; по 600 картриджів у пластиковій касеті; по 1 касеті у коробці**
Заявник	**БІОТОН С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**267273-21/3-82 від 03.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕНСУЛІН М30, суспензія для ін'єкцій, 100 ОД/мл; in bulk: по 10 мл у скляному флаконі; по 150 флаконів у пластиковій касеті; по 1 касеті у коробці; in bulk: по 3 мл в картриджі; по 600 картриджів у пластиковій касеті; по 1 касеті у коробці**
Заявник	**БІОТОН С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**267273-21/3-82 від 03.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕНСУЛІН М30, суспензія для ін'єкцій, 100 ОД/мл; in bulk: по 10 мл у скляному флаконі; по 150 флаконів у пластиковій касеті; по 1 касеті у коробці; in bulk: по 3 мл в картриджі; по 600 картриджів у пластиковій касеті; по 1 касеті у коробці**
Заявник	**БІОТОН С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**267271-21/3-82 від 03.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕНСУЛІН М30, суспензія для ін'єкцій, 100 ОД/мл; по 10 мл у скляному флаконі; по 1 флакону в картонній пачці; по 3 мл в картриджі; по 5 картриджів у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці.**
Заявник	**БІОТОН С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**267271-21/3-82 від 03.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕНСУЛІН М30, суспензія для ін'єкцій, 100 ОД/мл; по 10 мл у скляному флаконі; по 1 флакону в картонній пачці; по 3 мл в картриджі; по 5 картриджів у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці.**
Заявник	**БІОТОН С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**267271-21/3-82 від 03.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕНСУЛІН М30, суспензія для ін'єкцій, 100 ОД/мл; по 10 мл у скляному флаконі; по 1 флакону в картонній пачці; по 3 мл в картриджі; по 5 картриджів у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці.**
Заявник	**БІОТОН С.А., Польща**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**277324-22/В-45 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕНТАКСАН®, порошок для нашкірного застосування, по 2 г, 5 г та 8 г у флаконі, по 1 флакону в пачці з картону або по 2 г, 5 г та 8 г у флаконі-крапельниці, по 1 флакону-крапельниці в пачці з картону; або по 2 г, 5 г та 8 г у флаконі-крапельниці**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277324-22/В-45 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕНТАКСАН®, порошок для нашкірного застосування, по 2 г, 5 г та 8 г у флаконі, по 1 флакону в пачці з картону або по 2 г, 5 г та 8 г у флаконі-крапельниці, по 1 флакону-крапельниці в пачці з картону; або по 2 г, 5 г та 8 г у флаконі-крапельниці**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**277324-22/В-45 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕНТАКСАН®, порошок для нашкірного застосування, по 2 г, 5 г та 8 г у флаконі, по 1 флакону в пачці з картону або по 2 г, 5 г та 8 г у флаконі-крапельниці, по 1 флакону-крапельниці в пачці з картону; або по 2 г, 5 г та 8 г у флаконі-крапельниці**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**279677-22/B-92 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПАРИН НАТРІЮ, порошок (субстанція) у подвійних пакетах з плівки поліетиленової для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279677-22/B-92 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПАРИН НАТРІЮ, порошок (субстанція) у подвійних пакетах з плівки поліетиленової для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**279677-22/B-92 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПАРИН НАТРІЮ, порошок (субстанція) у подвійних пакетах з плівки поліетиленової для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**273781-22/3-84 від 23.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕРЦЕПТИН® , ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій по 150 мг, ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці; ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій по 440 мг, ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, разом з 20 мл розчинника (розчинник: бактеріостатична вода для ін'єкцій 20 мл, що містить 1,1% бензилового спирту та воду для ін'єкцій) у флаконі в картонній коробці**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**273781-22/3-84 від 23.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕРЦЕПТИН® , ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій по 150 мг, ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці; ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій по 440 мг, ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, разом з 20 мл розчинника (розчинник: бактеріостатична вода для ін'єкцій 20 мл, що містить 1,1% бензилового спирту та воду для ін'єкцій) у флаконі в картонній коробці**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**273781-22/3-84 від 23.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕРЦЕПТИН® , ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій по 150 мг, ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці; ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій по 440 мг, ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, разом з 20 мл розчинника (розчинник: бактеріостатична вода для ін'єкцій 20 мл, що містить 1,1% бензилового спирту та воду для ін'єкцій) у флаконі в картонній коробці**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**273781-22/3-84 від 23.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕРЦЕПТИН® , ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій по 150 мг, ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці; ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій по 440 мг, ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, разом з 20 мл розчинника (розчинник: бактеріостатична вода для ін'єкцій 20 мл, що містить 1,1% бензилового спирту та воду для ін'єкцій) у флаконі в картонній коробці**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**273781-22/3-84 від 23.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕРЦЕПТИН® , ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій по 150 мг, ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці; ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій по 440 мг, ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, разом з 20 мл розчинника (розчинник: бактеріостатична вода для ін'єкцій 20 мл, що містить 1,1% бензилового спирту та воду для ін'єкцій) у флаконі в картонній коробці**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**273781-22/3-84 від 23.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕРЦЕПТИН® , ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій по 150 мг, ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці; ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій по 440 мг, ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, разом з 20 мл розчинника (розчинник: бактеріостатична вода для ін'єкцій 20 мл, що містить 1,1% бензилового спирту та воду для ін'єкцій) у флаконі в картонній коробці**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**252022-21/3-88, 252023-21/3-88 від 10.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕРЦЕПТИН® , ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій по 150 мг; ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці; по 440 мг; ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, разом з 20 мл розчинника (розчинник: бактеріостатична вода для ін'єкцій 20 мл, що містить 1,1% бензилового спирту та воду для ін'єкцій) у флаконі в картонній коробці**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**252022-21/3-88, 252023-21/3-88 від 10.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕРЦЕПТИН® , ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій по 150 мг; ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці; по 440 мг; ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, разом з 20 мл розчинника (розчинник: бактеріостатична вода для ін'єкцій 20 мл, що містить 1,1% бензилового спирту та воду для ін'єкцій) у флаконі в картонній коробці**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**252022-21/3-88, 252023-21/3-88 від 10.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕРЦЕПТИН® , ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій по 150 мг; ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці; по 440 мг; ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, разом з 20 мл розчинника (розчинник: бактеріостатична вода для ін'єкцій 20 мл, що містить 1,1% бензилового спирту та воду для ін'єкцій) у флаконі в картонній коробці**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	**252022-21/3-88, 252023-21/3-88 від 10.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕРЦЕПТИН® , ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій по 150 мг; ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці; по 440 мг; ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, разом з 20 мл розчинника (розчинник: бактеріостатична вода для ін'єкцій 20 мл, що містить 1,1% бензилового спирту та воду для ін'єкцій) у флаконі в картонній коробці**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**252022-21/3-88, 252023-21/3-88 від 10.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕРЦЕПТИН® , ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій по 150 мг; ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці; по 440 мг; ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, разом з 20 мл розчинника (розчинник: бактеріостатична вода для ін'єкцій 20 мл, що містить 1,1% бензилового спирту та воду для ін'єкцій) у флаконі в картонній коробці**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

Реєстраційна форма, дата	**252022-21/3-88, 252023-21/3-88 від 10.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕРЦЕПТИН® , ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій по 150 мг; ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці; по 440 мг; ліофілізат для концентрату для розчину для інфузій у флаконі, разом з 20 мл розчинника (розчинник: бактеріостатична вода для ін'єкцій 20 мл, що містить 1,1% бензилового спирту та воду для ін'єкцій) у флаконі в картонній коробці**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279686-22/B-96 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕСПЕРИДИН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279686-22/B-96 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕСПЕРИДИН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279686-22/В-96 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕСПЕРИДИН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277537-22/3-124 від 04.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІДРОКОРТИЗОН - ПОС®, мазь очна, 10 мг/г; по 2,5 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці;** **мазь очна, 25 мг/г; по 2,5 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277537-22/З-124 від 04.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІДРОКОРТИЗОН - ПОС®, мазь очна, 10 мг/г; по 2,5 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці;** **мазь очна, 25 мг/г; по 2,5 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277537-22/З-124 від 04.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІДРОКОРТИЗОН - ПОС®, мазь очна, 10 мг/г; по 2,5 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці;** **мазь очна, 25 мг/г; по 2,5 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277537-22/3-124 від 04.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІДРОКОРТИЗОН - ПОС®, мазь очна, 10 мг/г; по 2,5 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці;** **мазь очна, 25 мг/г; по 2,5 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277537-22/З-124 від 04.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІДРОКОРТИЗОН - ПОС®, мазь очна, 10 мг/г; по 2,5 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці;** **мазь очна, 25 мг/г; по 2,5 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277537-22/З-124 від 04.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІДРОКОРТИЗОН - ПОС®, мазь очна, 10 мг/г; по 2,5 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці;** **мазь очна, 25 мг/г; по 2,5 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279745-22/В-97 від 17.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОЗАМІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного використання**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279745-22/B-97 від 17.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОЗАМІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного використання**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279745-22/B-97 від 17.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКОЗАМІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного використання**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279799-22/3-130 від 17.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГОНАЛ-Ф® , розчин для ін'єкцій по 300 МО (22 мкг)/0,5 мл; по 0,5 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 8 голок у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 450 МО (33 мкг)/0,75 мл; по 0,75 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 12 голок у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 900 МО (66 мкг)/1,5 мл; по 1,5 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 20 голок у картонній коробці**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279799-22/3-130 від 17.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГОНАЛ-Ф® , розчин для ін'єкцій по 300 МО (22 мкг)/0,5 мл; по 0,5 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 8 голок у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 450 МО (33 мкг)/0,75 мл; по 0,75 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 12 голок у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 900 МО (66 мкг)/1,5 мл; по 1,5 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 20 голок у картонній коробці**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279799-22/3-130 від 17.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГОНАЛ-Ф® , розчин для ін'єкцій по 300 МО (22 мкг)/0,5 мл; по 0,5 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 8 голок у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 450 МО (33 мкг)/0,75 мл; по 0,75 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 12 голок у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 900 МО (66 мкг)/1,5 мл; по 1,5 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 20 голок у картонній коробці**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279799-22/3-130 від 17.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГОНАЛ-Ф® , розчин для ін'єкцій по 300 МО (22 мкг)/0,5 мл; по 0,5 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 8 голок у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 450 МО (33 мкг)/0,75 мл; по 0,75 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 12 голок у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 900 МО (66 мкг)/1,5 мл; по 1,5 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 20 голок у картонній коробці**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279799-22/3-130 від 17.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГОНАЛ-Ф® , розчин для ін'єкцій по 300 МО (22 мкг)/0,5 мл; по 0,5 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 8 голок у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 450 МО (33 мкг)/0,75 мл; по 0,75 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 12 голок у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 900 МО (66 мкг)/1,5 мл; по 1,5 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 20 голок у картонній коробці**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279799-22/3-130 від 17.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГОНАЛ-Ф® , розчин для ін'єкцій по 300 МО (22 мкг)/0,5 мл; по 0,5 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 8 голок у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 450 МО (33 мкг)/0,75 мл; по 0,75 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 12 голок у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 900 МО (66 мкг)/1,5 мл; по 1,5 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 20 голок у картонній коробці**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279799-22/3-130 від 17.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГОНАЛ-Ф® , розчин для ін'єкцій по 300 МО (22 мкг)/0,5 мл; по 0,5 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 8 голок у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 450 МО (33 мкг)/0,75 мл; по 0,75 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 12 голок у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 900 МО (66 мкг)/1,5 мл; по 1,5 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 20 голок у картонній коробці**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279799-22/3-130 від 17.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГОНАЛ-Ф® , розчин для ін'єкцій по 300 МО (22 мкг)/0,5 мл; по 0,5 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 8 голок у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 450 МО (33 мкг)/0,75 мл; по 0,75 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 12 голок у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 900 МО (66 мкг)/1,5 мл; по 1,5 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 20 голок у картонній коробці**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279799-22/3-130 від 17.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГОНАЛ-Ф® , розчин для ін'єкцій по 300 МО (22 мкг)/0,5 мл; по 0,5 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 8 голок у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 450 МО (33 мкг)/0,75 мл; по 0,75 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 12 голок у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій по 900 МО (66 мкг)/1,5 мл; по 1,5 мл у картриджі з пробкою-поршнем та рифленою кришечкою, вміщеному у ручку для введення; по 1 ручці та 20 голок у картонній коробці**
Заявник	**Арес Трейдінг С.А., Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277784-22/3-138 від 08.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИПАУТ ГАРЯЧИЙ НАПІЙ, порошок для орального розчину, по 6 г у пакетику; по 10 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277784-22/3-138 від 08.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИПАУТ ГАРЯЧИЙ НАПІЙ, порошок для орального розчину, по 6 г у пакетику; по 10 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277784-22/3-138 від 08.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРИПАУТ ГАРЯЧИЙ НАПІЙ, порошок для орального розчину, по 6 г у пакетику; по 10 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278474-22/3-138 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАКАРБАЗИН, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 200 мг або по 500 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278474-22/3-138 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАКАРБАЗИН, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 200 мг або по 500 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278474-22/3-138 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАКАРБАЗИН, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 200 мг або по 500 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278474-22/3-138 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАКАРБАЗИН, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 200 мг або по 500 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278474-22/3-138 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАКАРБАЗИН, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 200 мг або по 500 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278474-22/3-138 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАКАРБАЗИН, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 200 мг або по 500 мг; 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278759-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАКСАС ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мкг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278759-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАКСАС ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мкг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278759-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАКСАС ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мкг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277536-22/3-124 від 04.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСА-ГЕНТАМІЦИН, краплі очні; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277536-22/3-124 від 04.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСА-ГЕНТАМІЦИН, краплі очні; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277536-22/3-124 від 04.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСА-ГЕНТАМІЦИН, краплі очні; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277308-22/3-134 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСАПОС, краплі очні, 1 мг/мл по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277308-22/3-134 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСАПОС, краплі очні, 1 мг/мл по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277308-22/3-134 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСАПОС, краплі очні, 1 мг/мл по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278112-22/B-61, 278113-22/B-61, 278114-22/B-61, 278115-22/B-61 від 18.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИБАЗОЛ-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл по 1 мл або 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278112-22/B-61, 278113-22/B-61, 278114-22/B-61, 278115-22/B-61 від 18.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИБАЗОЛ-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл по 1 мл або 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278112-22/B-61, 278113-22/B-61, 278114-22/B-61, 278115-22/B-61 від 18.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИБАЗОЛ-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл по 1 мл або 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278387-22/3-98 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЛЮКАН®, капсули по 50 мг, по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 100 мг, по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 150 мг по 1 капсулі в блістері, по 1 блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278387-22/3-98 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЛЮКАН®, капсули по 50 мг, по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 100 мг, по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 150 мг по 1 капсулі в блістері, по 1 блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278387-22/3-98 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЛЮКАН®, капсули по 50 мг, по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 100 мг, по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 150 мг по 1 капсулі в блістері, по 1 блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278387-22/3-98 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЛЮКАН®, капсули по 50 мг, по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 100 мг, по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 150 мг по 1 капсулі в блістері, по 1 блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278387-22/3-98 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЛЮКАН®, капсули по 50 мг, по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 100 мг, по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 150 мг по 1 капсулі в блістері, по 1 блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278387-22/3-98 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЛЮКАН®, капсули по 50 мг, по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 100 мг, по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 150 мг по 1 капсулі в блістері, по 1 блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278387-22/3-98 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЛЮКАН®, капсули по 50 мг, по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 100 мг, по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 150 мг по 1 капсулі в блістері, по 1 блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278387-22/3-98 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЛЮКАН®, капсули по 50 мг, по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 100 мг, по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 150 мг по 1 капсулі в блістері, по 1 блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278387-22/3-98 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЛЮКАН®, капсули по 50 мг, по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 100 мг, по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 150 мг по 1 капсулі в блістері, по 1 блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278385-22/3-98 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЛЮКАН®, розчин для інфузій, 2 мг/мл, по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278385-22/3-98 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЛЮКАН®, розчин для інфузій, 2 мг/мл, по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278385-22/3-98 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЛЮКАН®, розчин для інфузій, 2 мг/мл, по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**267708-21/3-116 від 10.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАФЛУ, капсули по 50 мг, по 100 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 150 мг по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**267708-21/3-116 від 10.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАФЛУ, капсули по 50 мг, по 100 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 150 мг по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**267708-21/3-116 від 10.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАФЛУ, капсули по 50 мг, по 100 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 150 мг по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**267708-21/3-116 від 10.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАФЛУ, капсули по 50 мг, по 100 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 150 мг по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**267708-21/3-116 від 10.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАФЛУ, капсули по 50 мг, по 100 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 150 мг по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**267708-21/3-116 від 10.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАФЛУ, капсули по 50 мг, по 100 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 150 мг по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**267708-21/3-116 від 10.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАФЛУ, капсули по 50 мг, по 100 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 150 мг по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**267708-21/3-116 від 10.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАФЛУ, капсули по 50 мг, по 100 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 150 мг по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**267708-21/3-116 від 10.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАФЛУ, капсули по 50 мг, по 100 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 150 мг по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277412-22/3-86 від 30.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІФОСФОЦИН, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці у картонній коробці або по 1000 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 3 ампули у контурній чарунковій упаковці у картонній коробці**
Заявник	**Магіс Фармасьютічі С.р.л., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277412-22/3-86 від 30.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІФОСФОЦИН, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці у картонній коробці або по 1000 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 3 ампули у контурній чарунковій упаковці у картонній коробці**
Заявник	**Магіс Фармасьютічі С.р.л., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277412-22/3-86 від 30.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІФОСФОЦИН, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці у картонній коробці або по 1000 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 3 ампули у контурній чарунковій упаковці у картонній коробці**
Заявник	**Магіс Фармасьютічі С.р.л., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277412-22/3-86 від 30.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІФОСФОЦИН, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці у картонній коробці або по 1000 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 3 ампули у контурній чарунковій упаковці у картонній коробці**
Заявник	**Магіс Фармасьютічі С.р.л., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277412-22/3-86 від 30.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІФОСФОЦИН, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці у картонній коробці або по 1000 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 3 ампули у контурній чарунковій упаковці у картонній коробці**
Заявник	**Магіс Фармасьютічі С.р.л., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277412-22/3-86 від 30.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІФОСФОЦИН, розчин для ін'єкцій, 500 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці у картонній коробці або по 1000 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 3 ампули у контурній чарунковій упаковці у картонній коробці**
Заявник	**Магіс Фармасьютічі С.р.л., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249607-20/3-02 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОКСОРУБІЦИН ДЖЕНЕФАРМ , розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл по 5 мл, 25 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Дженефарм С.А., Греція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249607-20/3-02 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОКСОРУБІЦИН ДЖЕНЕФАРМ , розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл по 5 мл, 25 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Дженефарм С.А., Греція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**249607-20/3-02 від 21.12.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОКСОРУБІЦИН ДЖЕНЕФАРМ , розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл по 5 мл, 25 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Дженефарм С.А., Греція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278185-22/3-66 від 19.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОЛОБЕНЕ, гель, по 20 г або 50 г, або 100 г гелю в тубі; по 1 тубі в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278185-22/3-66 від 19.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОЛОБЕНЕ, гель, по 20 г або 50 г, або 100 г гелю в тубі; по 1 тубі в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278185-22/3-66 від 19.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОЛОБЕНЕ, гель, по 20 г або 50 г, або 100 г гелю в тубі; по 1 тубі в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**271131-21/3-96 від 30.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУОКОПТ, краплі очні, розчин по 5 мл у багатодозовому флаконі з насосом і захисним ковпачком; по 1 флакону у допоміжному пристрої для доставки; № 1 або № 3 у коробці або по 10 мл у багатодозовому флаконі з насосом і захисним ковпачком; по 1 флакону у допоміжному пристрої для доставки; № 1 або № 2 у коробці**
Заявник	**Лабораторуар Теа, Франція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**271131-21/3-96 від 30.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУОКОПТ, краплі очні, розчин по 5 мл у багатодозовому флаконі з насосом і захисним ковпачком; по 1 флакону у допоміжному пристрої для доставки; № 1 або № 3 у коробці або по 10 мл у багатодозовому флаконі з насосом і захисним ковпачком; по 1 флакону у допоміжному пристрої для доставки; № 1 або № 2 у коробці**
Заявник	**Лабораторуар Теа, Франція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**271131-21/3-96 від 30.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУОКОПТ, краплі очні, розчин по 5 мл у багатодозовому флаконі з насосом і захисним ковпачком; по 1 флакону у допоміжному пристрої для доставки; № 1 або № 3 у коробці або по 10 мл у багатодозовому флаконі з насосом і захисним ковпачком; по 1 флакону у допоміжному пристрої для доставки; № 1 або № 2 у коробці**
Заявник	**Лабораторуар Теа, Франція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**272952-22/В-45 від 08.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУТАМІН, капсули тверді, 0,5 мг/0,4 мг; по 6 капсул у блістері, по 5 блістерів у картонній пачці; по 6 капсул у блістері, по 15 блістерів у картонній пачці; по 9 капсул у блістері, по 10 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Універсальне агенство "ПРО-ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**272952-22/В-45 від 08.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУТАМІН, капсули тверді, 0,5 мг/0,4 мг; по 6 капсул у блістері, по 5 блістерів у картонній пачці; по 6 капсул у блістері, по 15 блістерів у картонній пачці; по 9 капсул у блістері, по 10 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Універсальне агенство "ПРО-ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**272952-22/В-45 від 08.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУТАМІН, капсули тверді, 0,5 мг/0,4 мг; по 6 капсул у блістері, по 5 блістерів у картонній пачці; по 6 капсул у блістері, по 15 блістерів у картонній пачці; по 9 капсул у блістері, по 10 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Універсальне агенство "ПРО-ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279455-22/3-97 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВКАБАЛ® КРАПЛІ, краплі, 1 мг/мл, по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279455-22/3-97 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВКАБАЛ® КРАПЛІ, краплі, 1 мг/мл, по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279455-22/3-97 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВКАБАЛ® КРАПЛІ, краплі, 1 мг/мл, по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279591-22/3-66 від 15.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВКАБАЛ® КРАПЛІ ДЛЯ ДІТЕЙ, краплі, 0,5 мг/мл по 10 мл у флаконі, по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279591-22/3-66 від 15.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВКАБАЛ® КРАПЛІ ДЛЯ ДІТЕЙ, краплі, 0,5 мг/мл по 10 мл у флаконі, по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279591-22/3-66 від 15.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВКАБАЛ® КРАПЛІ ДЛЯ ДІТЕЙ, краплі, 0,5 мг/мл по 10 мл у флаконі, по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**272967-22/3-61 від 09.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕГІСТРОЗОЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**272967-22/3-61 від 09.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕГІСТРОЗОЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**272967-22/3-61 від 09.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕГІСТРОЗОЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**224330-19/3-45 від 09.12.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЗЕТРЕКС, таблетки по 10 мг, по 7 таблеток у блістері, по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**224330-19/3-45 від 09.12.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЗЕТРЕКС, таблетки по 10 мг, по 7 таблеток у блістері, по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**224330-19/3-45 від 09.12.2019**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕЗЕТРЕКС, таблетки по 10 мг, по 7 таблеток у блістері, по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276680-22/B-06 від 15.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕМЕТОН, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл по 2 мл або по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "НІКО", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276680-22/B-06 від 15.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕМЕТОН, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл по 2 мл або по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "НІКО", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276680-22/B-06 від 15.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕМЕТОН, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл по 2 мл або по 4 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "НІКО", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279105-22/3-06 від 05.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕМСЕФ® 1000, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг 1 флакон з порошком у картонній упаковці**
Заявник	**Абрил Формулейшнз Пвт. Ltд., Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279105-22/3-06 від 05.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕМСЕФ® 1000, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг 1 флакон з порошком у картонній упаковці**
Заявник	**Абрил Формулейшнз Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279105-22/3-06 від 05.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕМСЕФ® 1000, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг 1 флакон з порошком у картонній упаковці**
Заявник	**Абрил Формулейшнз Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**271484-22/3-66 від 12.01.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНЗИКС® ДУО ФОРТЕ, таблетки по 20 мг та таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, комбі-упаковка: по 10 таблеток (більшого розміру) 20 мг та 5 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, (меншого розміру) по 2,5 мг у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**"Хемофарм" АД, Сербія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**271484-22/3-66 від 12.01.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНЗИКС® ДУО ФОРТЕ, таблетки по 20 мг та таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, комбі-упаковка: по 10 таблеток (більшого розміру) 20 мг та 5 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, (меншого розміру) по 2,5 мг у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**"Хемофарм" АД, Сербія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**271484-22/3-66 від 12.01.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНЗИКС® ДУО ФОРТЕ, таблетки по 20 мг та таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, комбі-упаковка: по 10 таблеток (більшого розміру) 20 мг та 5 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, (меншого розміру) по 2,5 мг у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**"Хемофарм" АД, Сербія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276652-22/В-60 від 15.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТЕРОСГЕЛЬ, паста для перорального застосування, 70 г/100 г по 135 г або 270 г, або 405 г у контейнері; по 1 контейнеру в коробці з картону; по 15 г у пакеті; по 15 або 30 пакетів у коробці з картону; по 90 г або 225 г у тубі; по 1 тубі в коробці з картону.**
Заявник	**ПрАТ "ЕОФ "КРЕОМА-ФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276652-22/B-60 від 15.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТЕРОСГЕЛЬ, паста для перорального застосування, 70 г/100 г по 135 г або 270 г, або 405 г у контейнері; по 1 контейнеру в коробці з картону; по 15 г у пакеті; по 15 або 30 пакетів у коробці з картону; по 90 г або 225 г у тубі; по 1 тубі в коробці з картону.**
Заявник	**ПрАТ "ЕОФ "КРЕОМА-ФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276652-22/B-60 від 15.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТЕРОСГЕЛЬ, паста для перорального застосування, 70 г/100 г по 135 г або 270 г, або 405 г у контейнері; по 1 контейнеру в коробці з картону; по 15 г у пакеті; по 15 або 30 пакетів у коробці з картону; по 90 г або 225 г у тубі; по 1 тубі в коробці з картону.**
Заявник	**ПрАТ "ЕОФ "КРЕОМА-ФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278964-22/3-66, 278966-22/3-66 від 03.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСКУЗАН® КРАПЛІ, краплі оральні по 20 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278964-22/3-66, 278966-22/3-66 від 03.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСКУЗАН® КРАПЛІ, краплі оральні по 20 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278964-22/3-66, 278966-22/3-66 від 03.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСКУЗАН® КРАПЛІ, краплі оральні по 20 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279181-22/B-98 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕССЕНЦІАЛЄ® Н, розчин для ін'єкцій, 250 мг/5 мл № 5: по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковців картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279181-22/B-98 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕССЕНЦІАЛЄ® Н, розчин для ін'єкцій, 250 мг/5 мл № 5: по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковців картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279181-22/B-98 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕССЕНЦІАЛЄ® Н, розчин для ін'єкцій, 250 мг/5 мл № 5: по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковців картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278485-22/3-138 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТОПОЗИД-МІЛІ, концентрат для розчину для інфузій, 20 мг/мл; по 2,5 мл (50 мг), або 5 мл (100 мг), або 10 мл (200 мг) у флаконі; по 1 флакону в коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278485-22/3-138 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТОПОЗИД-МІЛІ, концентрат для розчину для інфузій, 20 мг/мл; по 2,5 мл (50 мг), або 5 мл (100 мг), або 10 мл (200 мг) у флаконі; по 1 флакону в коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278485-22/3-138 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТОПОЗИД-МІЛІ, концентрат для розчину для інфузій, 20 мг/мл; по 2,5 мл (50 мг), або 5 мл (100 мг), або 10 мл (200 мг) у флаконі; по 1 флакону в коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**268227-21/3-98 від 17.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗІКАДІЯ®, капсули тверді, по 150 мг по 50 капсул у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**268227-21/3-98 від 17.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗІКАДІЯ®, капсули тверді, по 150 мг по 50 капсул у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**268227-21/3-98 від 17.11.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗІКАДІЯ®, капсули тверді, по 150 мг по 50 капсул у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278407-22/3-124 від 25.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗІКАДІЯ®, капсули тверді по 150 мг; по 50 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278407-22/3-124 від 25.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗІКАДІЯ®, капсули тверді по 150 мг; по 50 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278407-22/3-124 від 25.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗІКАДІЯ®, капсули тверді по 150 мг; по 50 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**269382-21/3-84, 269383-21/3-84, 269384-21/3-84, 269385-21/3-84, 269386-21/3-84 від 06.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗІКАДІЯ®, капсули тверді, по 150 мг по 50 капсул у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**269382-21/3-84, 269383-21/3-84, 269384-21/3-84, 269385-21/3-84, 269386-21/3-84 від 06.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗІКАДІЯ®, капсули тверді, по 150 мг по 50 капсул у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**269382-21/3-84, 269383-21/3-84, 269384-21/3-84, 269385-21/3-84, 269386-21/3-84 від 06.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗІКАДІЯ®, капсули тверді, по 150 мг по 50 капсул у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**259246-21/3-88 від 09.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗІКАДІЯ®, капсули тверді по 150 мг по 50 капсул у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**259246-21/3-88 від 09.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗІКАДІЯ®, капсули тверді по 150 мг по 50 капсул у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**259246-21/3-88 від 09.06.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗІКАДІЯ®, капсули тверді по 150 мг по 50 капсул у блістері, по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278766-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОЛАДЕКС, капсула для підшкірного введення пролонгованої дії по 10,8 мг або по 3,6 мг; 1 капсула у шприц-аплікаторі із захисним механізмом; по 1 шприцу в конверті з прикріпленим прапорцем-анотацією з вологопоглинаючою капсулою; по 1 конверту в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278766-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОЛАДЕКС, капсула для підшкірного введення пролонгованої дії по 10,8 мг або по 3,6 мг; 1 капсула у шприц-аплікаторі із захисним механізмом; по 1 шприцу в конверті з прикріпленим прапорцем-анотацією з вологопоглинаючою капсулою; по 1 конверту в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278766-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОЛАДЕКС, капсула для підшкірного введення пролонгованої дії по 10,8 мг або по 3,6 мг; 1 капсула у шприц-аплікаторі із захисним механізмом; по 1 шприцу в конверті з прикріпленим прапорцем-анотацією з вологопоглинаючою капсулою; по 1 конверту в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278766-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОЛАДЕКС, капсула для підшкірного введення пролонгованої дії по 10,8 мг або по 3,6 мг; 1 капсула у шприц-аплікаторі із захисним механізмом; по 1 шприцу в конверті з прикріпленим прапорцем-анотацією з вологопоглинаючою капсулою; по 1 конверту в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278766-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОЛАДЕКС, капсула для підшкірного введення пролонгованої дії по 10,8 мг або по 3,6 мг; 1 капсула у шприц-аплікаторі із захисним механізмом; по 1 шприцу в конверті з прикріпленим прапорцем-анотацією з вологопоглинаючою капсулою; по 1 конверту в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278766-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОЛАДЕКС, капсула для підшкірного введення пролонгованої дії по 10,8 мг або по 3,6 мг; 1 капсула у шприц-аплікаторі із захисним механізмом; по 1 шприцу в конверті з прикріпленим прапорцем-анотацією з вологопоглинаючою капсулою; по 1 конверту в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279478-22/3-123, 279479-22/3-123 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг або по 50 мг; по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279478-22/З-123, 279479-22/З-123 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг або по 50 мг; по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279478-22/З-123, 279479-22/З-123 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг або по 50 мг; по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279478-22/3-123, 279479-22/3-123 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг або по 50 мг; по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279478-22/З-123, 279479-22/З-123 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг або по 50 мг; по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279478-22/З-123, 279479-22/З-123 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг або по 50 мг; по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276434-22/3-45 від 08.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБАНДРОНОВА КИСЛОТА АККОРД, концентрат для розчину для інфузій, 1 мг/мл по 2 мл та по 6 мл у флаконах, по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276434-22/3-45 від 08.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБАНДРОНОВА КИСЛОТА АККОРД, концентрат для розчину для інфузій, 1 мг/мл по 2 мл та по 6 мл у флаконах, по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276434-22/3-45 від 08.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІБАНДРОНОВА КИСЛОТА АККОРД, концентрат для розчину для інфузій, 1 мг/мл по 2 мл та по 6 мл у флаконах, по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278690-22/3-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМФІНЗІ, концентрат для розчину для інфузій, 50 мг/мл 1 флакон (120 мг/2,4 мл) з пробкою та ковпачком «flip-off» у картонній коробці або 1 флакон (500 мг/10 мл) з пробкою та ковпачком «flip-off» у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278690-22/3-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМФІНЗІ, концентрат для розчину для інфузій, 50 мг/мл 1 флакон (120 мг/2,4 мл) з пробкою та ковпачком «flip-off» у картонній коробці або 1 флакон (500 мг/10 мл) з пробкою та ковпачком «flip-off» у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278690-22/3-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМФІНЗІ, концентрат для розчину для інфузій, 50 мг/мл 1 флакон (120 мг/2,4 мл) з пробкою та ковпачком «flip-off» у картонній коробці або 1 флакон (500 мг/10 мл) з пробкою та ковпачком «flip-off» у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277712-22/3-128, 277713-22/3-128 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНСУВІТ® 30/70 , суспензія для ін'єкцій, 100 МО/мл, по 3 мл у картриджі, по 5 картриджів у блістері, по 1 блістеру у пачці; по 10 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці**
Заявник	**Вітал Фарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277712-22/З-128, 277713-22/З-128 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНСУВІТ® 30/70 , суспензія для ін'єкцій, 100 МО/мл, по 3 мл у картриджі, по 5 картриджів у блістері, по 1 блістеру у пачці; по 10 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці**
Заявник	**Вітал Фарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277712-22/З-128, 277713-22/З-128 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНСУВІТ® 30/70 , суспензія для ін'єкцій, 100 МО/мл, по 3 мл у картриджі, по 5 картриджів у блістері, по 1 блістеру у пачці; по 10 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці**
Заявник	**Вітал Фарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277716-22/3-128, 277717-22/3-128 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНСУВІТ® HNP , суспензія для ін'єкцій, 100 МО/мл, по 3 мл у картриджі, по 5 картриджів у блістері, по 1 блістеру у пачці; по 10 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці**
Заявник	**Вітал Фарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277716-22/З-128, 277717-22/З-128 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНСУВІТ® HNP , суспензія для ін'єкцій, 100 МО/мл, по 3 мл у картриджі, по 5 картриджів у блістері, по 1 блістеру у пачці; по 10 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці**
Заявник	**Вітал Фарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277716-22/З-128, 277717-22/З-128 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНСУВІТ® HNP , суспензія для ін'єкцій, 100 МО/мл, по 3 мл у картриджі, по 5 картриджів у блістері, по 1 блістеру у пачці; по 10 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці**
Заявник	**Вітал Фарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277714-22/3-128, 277715-22/3-128 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНСУВІТ®Н, розчин для ін'єкцій по 100 МО/мл по 3 мл у картриджі, по 5 картриджів у блістері, по 1 блістеру у пачці; по 10 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці**
Заявник	**Вітал Фарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277714-22/З-128, 277715-22/З-128 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНСУВІТ®Н, розчин для ін'єкцій по 100 МО/мл по 3 мл у картриджі, по 5 картриджів у блістері, по 1 блістеру у пачці; по 10 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці**
Заявник	**Вітал Фарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277714-22/З-128, 277715-22/З-128 від 07.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІНСУВІТ®Н, розчин для ін'єкцій по 100 МО/мл по 3 мл у картриджі, по 5 картриджів у блістері, по 1 блістеру у пачці; по 10 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці**
Заявник	**Вітал Фарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276234-22/3-130, 276235-22/3-130, 276236-22/3-130 від 03.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАВІНТОН, концентрат для розчину для інфузій, 5 мг/мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у пластиковій формі; по 2 пластикові форми в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276234-22/З-130, 276235-22/З-130, 276236-22/З-130 від 03.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАВІНТОН, концентрат для розчину для інфузій, 5 мг/мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у пластиковій формі; по 2 пластикові форми в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276234-22/3-130, 276235-22/3-130, 276236-22/3-130 від 03.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАВІНТОН, концентрат для розчину для інфузій, 5 мг/мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у пластиковій формі; по 2 пластикові форми в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277927-22/3-98 від 12.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАДУЕТ 5/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**АПДЖОН ЮС 1 ЛЛС, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277927-22/3-98 від 12.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАДУЕТ 5/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**АПДЖОН ЮС 1 ЛЛС, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277927-22/3-98 від 12.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАДУЕТ 5/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**АПДЖОН ЮС 1 ЛЛС, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276726-22/3-98, 276728-22/3-98, 276760-22/3-98 від 16.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЕТРА, розчин для перорального застосування; по 60 мл у флаконі; по 5 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276726-22/3-98, 276728-22/3-98, 276760-22/3-98 від 16.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЕТРА, розчин для перорального застосування; по 60 мл у флаконі; по 5 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276726-22/3-98, 276728-22/3-98, 276760-22/3-98 від 16.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЕТРА, розчин для перорального застосування; по 60 мл у флаконі; по 5 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278566-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛКВЕНС, капсули тверді, по 100 мг; по 6 твердих капсул у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці; по 8 твердих капсул у блістері; по 7 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278566-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛКВЕНС, капсули тверді, по 100 мг; по 6 твердих капсул у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці; по 8 твердих капсул у блістері; по 7 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278566-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛКВЕНС, капсули тверді, по 100 мг; по 6 твердих капсул у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці; по 8 твердих капсул у блістері; по 7 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279950-22/В-92 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАПТОПРИЛ, таблетки по 25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279950-22/В-92 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАПТОПРИЛ, таблетки по 25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279950-22/В-92 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАПТОПРИЛ, таблетки по 25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278462-22/3-138 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРБОПЛАТИН, розчин для ін'єкцій,10 мг/мл; по 5 мл або по 45 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278462-22/3-138 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРБОПЛАТИН, розчин для ін'єкцій,10 мг/мл; по 5 мл або по 45 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278462-22/3-138 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРБОПЛАТИН, розчин для ін'єкцій,10 мг/мл; по 5 мл або по 45 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**280883-22/B-92 від 09.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КИСЕНЬ МЕДИЧНИЙ ГАЗОПОДІБНИЙ, газ по 2 л, 3 л, 5 л, 8 л, 10 л, 12 л, 40 л, 50 л у балонах**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ТЕХНОГАЗ-С", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**280883-22/B-92 від 09.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КИСЕНЬ МЕДИЧНИЙ ГАЗОПОДІБНИЙ, газ по 2 л, 3 л, 5 л, 8 л, 10 л, 12 л, 40 л, 50 л у балонах**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ТЕХНОГАЗ-С", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**280883-22/B-92 від 09.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КИСЕНЬ МЕДИЧНИЙ ГАЗОПОДІБНИЙ, газ по 2 л, 3 л, 5 л, 8 л, 10 л, 12 л, 40 л, 50 л у балонах**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ТЕХНОГАЗ-С", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**280444-22/B-92 від 01.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІНДАМІЦИН-М, капсули по 0,15 г; по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ПАТ "Монфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**280444-22/B-92 від 01.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІНДАМІЦИН-М, капсули по 0,15 г; по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ПАТ "Монфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**280444-22/B-92 від 01.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІНДАМІЦИН-М, капсули по 0,15 г; по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ПАТ "Монфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278443-22/B-92 від 25.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОПІДОГРЕЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278443-22/B-92 від 25.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОПІДОГРЕЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278443-22/B-92 від 25.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОПІДОГРЕЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278666-22/B-100 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБОГЛІЗА XR, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг/1000 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/500 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/1000 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278666-22/B-100 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБОГЛІЗА XR, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг/1000 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/500 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/1000 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278666-22/B-100 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБОГЛІЗА XR, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг/1000 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/500 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/1000 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278666-22/B-100 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБОГЛІЗА XR, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг/1000 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/500 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/1000 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278666-22/B-100 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБОГЛІЗА XR, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг/1000 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/500 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/1000 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278666-22/B-100 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБОГЛІЗА XR, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг/1000 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/500 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/1000 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278666-22/B-100 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБОГЛІЗА XR, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг/1000 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/500 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/1000 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278666-22/B-100 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБОГЛІЗА XR, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг/1000 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/500 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/1000 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278666-22/B-100 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМБОГЛІЗА XR, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг/1000 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/500 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/1000 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**272292-22/3-123, 272293-22/3-123 від 28.01.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМІРНАТІ / COMIRNATY™, концентрат для дисперсії для ін'єкції; 1 флакон (0,45 мл) містить 6 доз по 30 мкг; 195 флаконів у картонній коробці;**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**272292-22/З-123, 272293-22/З-123 від 28.01.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМІРНАТІ / COMIRNATY™, концентрат для дисперсії для ін'єкції; 1 флакон (0,45 мл) містить 6 доз по 30 мкг; 195 флаконів у картонній коробці;**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**272292-22/З-123, 272293-22/З-123 від 28.01.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМІРНАТІ / COMIRNATY™, концентрат для дисперсії для ін'єкції; 1 флакон (0,45 мл) містить 6 доз по 30 мкг; 195 флаконів у картонній коробці;**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**271959-22/3-123, 271960-22/3-123, 271961-22/3-123, 271962-22/3-123 від 24.01.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМІРНАТІ / COMIRNATY™, концентрат для дисперсії для ін'єкції; 1 флакон (0,45 мл) містить 6 доз по 30 мкг; 195 флаконів у картонній коробці;**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**271959-22/З-123, 271960-22/З-123, 271961-22/З-123, 271962-22/З-123 від 24.01.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМІРНАТІ / COMIRNATY™, концентрат для дисперсії для ін'єкції; 1 флакон (0,45 мл) містить 6 доз по 30 мкг; 195 флаконів у картонній коробці;**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**271959-22/3-123, 271960-22/3-123, 271961-22/3-123, 271962-22/3-123 від 24.01.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОМІРНАТІ / COMIRNATY™, концентрат для дисперсії для ін'єкції; 1 флакон (0,45 мл) містить 6 доз по 30 мкг; 195 флаконів у картонній коробці;**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277264-22/3-82 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОТЕЛЛІК®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 21 таблетці у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277264-22/3-82 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОТЕЛЛІК®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 21 таблетці у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277264-22/3-82 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОТЕЛЛІК®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 21 таблетці у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278583-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг та по 40 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг: по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278583-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг та по 40 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг: по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278583-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг та по 40 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг: по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278583-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг та по 40 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг: по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278583-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг та по 40 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг: по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278583-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг та по 40 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг: по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278583-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг та по 40 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг: по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278583-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг та по 40 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг: по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278583-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг та по 40 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг: по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278583-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг та по 40 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг: по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278583-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг та по 40 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг: по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278583-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРЕСТОР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг та по 40 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг: по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278349-22/3-134 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСИФАКСАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 550 мг по 14 таблеток у блістері з ПВХ-ПЕ-ПВДХ/алюмінію; по 2, 3 або 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Альфасігма С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278349-22/3-134 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСИФАКСАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 550 мг по 14 таблеток у блістері з ПВХ-ПЕ-ПВДХ/алюмінію; по 2, 3 або 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Альфасігма С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278349-22/3-134 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСИФАКСАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 550 мг по 14 таблеток у блістері з ПВХ-ПЕ-ПВДХ/алюмінію; по 2, 3 або 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Альфасігма С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278764-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСІГДУО ПРОЛОНГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії по 10/1000 мг, по 5/1000 мг або по 10/500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278764-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСІГДУО ПРОЛОНГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії по 10/1000 мг, по 5/1000 мг або по 10/500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278764-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСІГДУО ПРОЛОНГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії по 10/1000 мг, по 5/1000 мг або по 10/500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278764-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСІГДУО ПРОЛОНГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії по 10/1000 мг, по 5/1000 мг або по 10/500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278764-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСІГДУО ПРОЛОНГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії по 10/1000 мг, по 5/1000 мг або по 10/500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278764-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСІГДУО ПРОЛОНГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії по 10/1000 мг, по 5/1000 мг або по 10/500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278764-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСІГДУО ПРОЛОНГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії по 10/1000 мг, по 5/1000 мг або по 10/500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278764-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСІГДУО ПРОЛОНГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії по 10/1000 мг, по 5/1000 мг або по 10/500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278764-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСІГДУО ПРОЛОНГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії по 10/1000 мг, по 5/1000 мг або по 10/500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278610-22/3-121 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КУТЕРН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/10 мг; по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278610-22/З-121 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КУТЕРН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/10 мг; по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278610-22/З-121 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КУТЕРН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/10 мг; по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279169-22/3-98 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАЗОЛВАН®, розчин для інфузій, 15 мг/2 мл по 2 мл в ампулах; по 10 ампул у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279169-22/3-98 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАЗОЛВАН®, розчин для інфузій, 15 мг/2 мл по 2 мл в ампулах; по 10 ампул у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279169-22/3-98 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАЗОЛВАН®, розчин для інфузій, 15 мг/2 мл по 2 мл в ампулах; по 10 ампул у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276075-22/В-28 від 31.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОМЕКОЛЬ, мазь по 25 г або 40 г у тубах; по 25 г або 40 г у тубах; по 1 тубі у пачці**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276075-22/В-28 від 31.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОМЕКОЛЬ, мазь по 25 г або 40 г у тубах; по 25 г або 40 г у тубах; по 1 тубі у пачці**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276075-22/B-28 від 31.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОМЕКОЛЬ, мазь по 25 г або 40 г у тубах; по 25 г або 40 г у тубах; по 1 тубі у пачці**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274190-22/3-92 від 07.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОМІН® 30, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,03 мг/0,15 мг по 21 таблетці у блістері; по 1 або по 3, або по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274190-22/3-92 від 07.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОМІН® 30, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,03 мг/0,15 мг по 21 таблетці у блістері; по 1 або по 3, або по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274190-22/3-92 від 07.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОМІН® 30, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,03 мг/0,15 мг по 21 таблетці у блістері; по 1 або по 3, або по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270813-21/В-66 від 24.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИНУ ГЕМІГІДРАТ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах, що поміщені у картонний барабан для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270813-21/B-66 від 24.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИНУ ГЕМІГІДРАТ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах, що поміщені у картонний барабан для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270813-21/B-66 від 24.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФЛОКСАЦИНУ ГЕМІГІДРАТ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах, що поміщені у картонний барабан для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**242459-20/3-94 від 08.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕКАДОЛ ХОТ, порошок для орального розчину 500 мг/12,2 мг, по 2,5 г порошку для орального розчину в саше, по 10 або 20 саше в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**242459-20/3-94 від 08.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕКАДОЛ ХОТ, порошок для орального розчину 500 мг/12,2 мг, по 2,5 г порошку для орального розчину в саше, по 10 або 20 саше в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**242459-20/3-94 від 08.09.2020**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕКАДОЛ ХОТ, порошок для орального розчину 500 мг/12,2 мг, по 2,5 г порошку для орального розчину в саше, по 10 або 20 саше в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278442-22/3-92 від 25.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕТРОЗОЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 2,5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278442-22/3-92 від 25.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕТРОЗОЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 2,5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278442-22/3-92 від 25.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕТРОЗОЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 2,5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279069-22/3-121 від 04.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІДОКСАН® МЕД, льодяники, 5 мг/1 мг; 12 льодяників в блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279069-22/3-121 від 04.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІДОКСАН® МЕД, льодяники, 5 мг/1 мг; 12 льодяників в блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279069-22/3-121 від 04.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІДОКСАН® МЕД, льодяники, 5 мг/1 мг; 12 льодяників в блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279075-22/3-121 від 04.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІДОКСАН® ПОЛУНИЦЯ, льодяники, 5 мг/1 мг; 12 льодяників у блістері, по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279075-22/3-121 від 04.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІДОКСАН® ПОЛУНИЦЯ, льодяники, 5 мг/1 мг; 12 льодяників у блістері, по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279075-22/3-121 від 04.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІДОКСАН® ПОЛУНИЦЯ, льодяники, 5 мг/1 мг; 12 льодяників у блістері, по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278581-22/3-134 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНПАРЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг або по 150 мг по 8 таблеток в блістері; по 7 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278581-22/3-134 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНПАРЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг або по 150 мг по 8 таблеток в блістері; по 7 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278581-22/3-134 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНПАРЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг або по 150 мг по 8 таблеток в блістері; по 7 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278613-22/3-121 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНПАРЗА, капсули тверді, по 50 мг; по 112 капсул твердих у флаконі; по 4 флакони в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278613-22/3-121 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНПАРЗА, капсули тверді, по 50 мг; по 112 капсул твердих у флаконі; по 4 флакони в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278613-22/3-121 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНПАРЗА, капсули тверді, по 50 мг; по 112 капсул твердих у флаконі; по 4 флакони в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278581-22/3-134 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНПАРЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг або по 150 мг по 8 таблеток в блістері; по 7 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278581-22/3-134 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНПАРЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг або по 150 мг по 8 таблеток в блістері; по 7 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278581-22/3-134 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНПАРЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг або по 150 мг по 8 таблеток в блістері; по 7 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275417-22/3-66, 279376-22/3-66 від 16.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАП® ПЛЮС, таблетки, вкриті оболонкою, № 10, № 30 (10х3), № 90 (10х9): по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 9 блістерів у картонній коробці; № 30 (15х2), № 90 (15х6): по 15 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275417-22/3-66, 279376-22/3-66 від 16.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАП® ПЛЮС, таблетки, вкриті оболонкою, № 10, № 30 (10х3), № 90 (10х9): по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 9 блістерів у картонній коробці; № 30 (15х2), № 90 (15х6): по 15 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275417-22/3-66, 279376-22/3-66 від 16.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАП® ПЛЮС, таблетки, вкриті оболонкою, № 10, № 30 (10х3), № 90 (10х9): по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 9 блістерів у картонній коробці; № 30 (15х2), № 90 (15х6): по 15 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279951-22/B-92 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАТАДИН, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 10 блістерів в коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279951-22/В-92 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАТАДИН, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 10 блістерів в коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279951-22/В-92 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАТАДИН, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 10 блістерів в коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Астрафарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279213-22/В-84 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МААЛОКС®, таблетки, № 40 (10х4): по 10 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279213-22/В-84 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МААЛОКС®, таблетки, № 40 (10х4): по 10 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279213-22/В-84 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МААЛОКС®, таблетки, № 40 (10х4): по 10 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279258-22/В-130 від 09.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАГНЕ-В6 ® АНТИСТРЕС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою № 60 (15х4): по 15 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; № 60 (20х3): по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279258-22/В-130 від 09.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАГНЕ-В6 ® АНТИСТРЕС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою № 60 (15х4): по 15 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; № 60 (20х3): по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279258-22/В-130 від 09.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАГНЕ-В6 ® АНТИСТРЕС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою № 60 (15х4): по 15 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; № 60 (20х3): по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279456-22/B-130 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАГНЕ-В6®, таблетки, вкриті оболонкою** **№ 50: (10х5): по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;** **№ 60: (20х3): по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці;** **№ 100: (20х5): по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279456-22/B-130 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАГНЕ-В6®, таблетки, вкриті оболонкою** **№ 50: (10х5): по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;** **№ 60: (20х3): по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці;** **№ 100: (20х5): по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279456-22/B-130 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАГНЕ-В6®, таблетки, вкриті оболонкою** **№ 50: (10х5): по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці;** **№ 60: (20х3): по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці;** **№ 100: (20х5): по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**273259-22/В-98 від 14.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАГНІКУМ-АНТИСТРЕС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці, по 12 таблеток у блістері по 4 або 5 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**273259-22/В-98 від 14.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАГНІКУМ-АНТИСТРЕС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці, по 12 таблеток у блістері по 4 або 5 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**273259-22/В-98 від 14.02.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАГНІКУМ-АНТИСТРЕС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці, по 12 таблеток у блістері по 4 або 5 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**271552-22/3-84, 277386-22/3-128 від 14.01.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАРКАЇН, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл; по 20 мл у флаконі; по 5 флаконів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Аспен Фарма Трейдінг Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**271552-22/3-84, 277386-22/3-128 від 14.01.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАРКАЇН, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл; по 20 мл у флаконі; по 5 флаконів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Аспен Фарма Трейдінг Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**271552-22/3-84, 277386-22/3-128 від 14.01.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАРКАЇН, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл; по 20 мл у флаконі; по 5 флаконів у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Аспен Фарма Трейдінг Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278697-22/B-66 від 29.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕБІКАР ІС, таблетки по 0,3 г, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 0,5 г, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278697-22/B-66 від 29.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕБІКАР ІС, таблетки по 0,3 г, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 0,5 г, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278697-22/B-66 від 29.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕБІКАР ІС, таблетки по 0,3 г, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 0,5 г, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278697-22/B-66 від 29.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕБІКАР ІС, таблетки по 0,3 г, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 0,5 г, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278697-22/B-66 від 29.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕБІКАР ІС, таблетки по 0,3 г, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 0,5 г, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278697-22/B-66 від 29.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕБІКАР ІС, таблетки по 0,3 г, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 0,5 г, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279366-22/З-100, 279367-22/З-100 від 10.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДЕКСОЛ, краплі очні, розчин, 1 мг/мл; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279366-22/З-100, 279367-22/З-100 від 10.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДЕКСОЛ, краплі очні, розчин, 1 мг/мл; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279366-22/З-100, 279367-22/З-100 від 10.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДЕКСОЛ, краплі очні, розчин, 1 мг/мл; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270603-21/З-135, 270605-21/З-135, 270607-21/З-135, 270609-21/З-135, 270611-21/З-135 від 22.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; або по 10 мг; або по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці;**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270603-21/З-135, 270605-21/З-135, 270607-21/З-135, 270609-21/З-135, 270611-21/З-135 від 22.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; або по 10 мг; або по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці;**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270603-21/З-135, 270605-21/З-135, 270607-21/З-135, 270609-21/З-135, 270611-21/З-135 від 22.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; або по 10 мг; або по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці;**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270603-21/З-135, 270605-21/З-135, 270607-21/З-135, 270609-21/З-135, 270611-21/З-135 від 22.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; або по 10 мг; або по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці;**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270603-21/З-135, 270605-21/З-135, 270607-21/З-135, 270609-21/З-135, 270611-21/З-135 від 22.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; або по 10 мг; або по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці;**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270603-21/З-135, 270605-21/З-135, 270607-21/З-135, 270609-21/З-135, 270611-21/З-135 від 22.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; або по 10 мг; або по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці;**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270603-21/З-135, 270605-21/З-135, 270607-21/З-135, 270609-21/З-135, 270611-21/З-135 від 22.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; або по 10 мг; або по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці;**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270603-21/З-135, 270605-21/З-135, 270607-21/З-135, 270609-21/З-135, 270611-21/З-135 від 22.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; або по 10 мг; або по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці;**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270603-21/З-135, 270605-21/З-135, 270607-21/З-135, 270609-21/З-135, 270611-21/З-135 від 22.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕДОПРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; або по 10 мг; або по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці;**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274450-22/В-135 від 18.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКСИКАМ, розчин для ін'єкцій, 15 мг/1,5 мл по 1,5 мл в ампулах; по 5 ампул у касеті; по 1 касеті в пачці.**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274450-22/В-135 від 18.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКСИКАМ, розчин для ін'єкцій, 15 мг/1,5 мл по 1,5 мл в ампулах; по 5 ампул у касеті; по 1 касеті в пачці.**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274450-22/В-135 від 18.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛОКСИКАМ, розчин для ін'єкцій, 15 мг/1,5 мл по 1,5 мл в ампулах; по 5 ампул у касеті; по 1 касеті в пачці.**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**280843-22/3-132 від 08.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОБАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій по 1000 мг або по 500 мг; 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**280843-22/З-132 від 08.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОБАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій по 1000 мг або по 500 мг; 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**280843-22/З-132 від 08.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОБАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій по 1000 мг або по 500 мг; 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**280843-22/3-132 від 08.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОБАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій по 1000 мг або по 500 мг; 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**280843-22/З-132 від 08.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОБАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій по 1000 мг або по 500 мг; 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**280843-22/З-132 від 08.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОБАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій по 1000 мг або по 500 мг; 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**269371-21/3-06 від 06.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОБАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1000 мг; 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**269371-21/3-06 від 06.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОБАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1000 мг; 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**269371-21/3-06 від 06.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОБАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1000 мг; 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**269371-21/3-06 від 06.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОБАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1000 мг; 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**269371-21/3-06 від 06.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОБАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1000 мг; 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**269371-21/3-06 від 06.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОБАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1000 мг; 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275884-22/B-45 від 27.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОПЕНЕМ-ДАРНИЦЯ, порошок для розчину для ін'єкцій та інфузій, по 1000 мг у флаконі, по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275884-22/В-45 від 27.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОПЕНЕМ-ДАРНИЦЯ, порошок для розчину для ін'єкцій та інфузій, по 1000 мг у флаконі, по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275884-22/В-45 від 27.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОПЕНЕМ-ДАРНИЦЯ, порошок для розчину для ін'єкцій та інфузій, по 1000 мг у флаконі, по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276964-22/3-66 від 21.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАДОНА ГІДРОХЛОРИД , кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Русан Фарма Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276964-22/3-66 від 21.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАДОНА ГІДРОХЛОРИД , кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Русан Фарма Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276964-22/3-66 від 21.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАДОНА ГІДРОХЛОРИД , кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Русан Фарма Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278696-22/B-66 від 29.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАФІН® ІС, таблетки по 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 5 блістерів в пачці з картону; по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278696-22/В-66 від 29.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАФІН® ІС, таблетки по 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 5 блістерів в пачці з картону; по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278696-22/B-66 від 29.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАФІН® ІС, таблетки по 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 5 блістерів в пачці з картону; по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278696-22/B-66 від 29.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАФІН® ІС, таблетки по 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 5 блістерів в пачці з картону; по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278696-22/В-66 від 29.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАФІН® ІС, таблетки по 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 5 блістерів в пачці з картону; по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278696-22/B-66 від 29.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАФІН® ІС, таблетки по 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 5 блістерів в пачці з картону; по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278696-22/B-66 від 29.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАФІН® ІС, таблетки по 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 5 блістерів в пачці з картону; по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278696-22/В-66 від 29.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАФІН® ІС, таблетки по 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 5 блістерів в пачці з картону; по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278696-22/B-66 від 29.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТАФІН® ІС, таблетки по 5 мг, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 5 блістерів в пачці з картону; по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277042-22/B-97 від 23.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛПРЕДНІЗОЛОН, кристалічний порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "Фарма Старт", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277042-22/B-97 від 23.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛПРЕДНІЗОЛОН, кристалічний порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "Фарма Старт", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277042-22/В-97 від 23.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛПРЕДНІЗОЛОН, кристалічний порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "Фарма Старт", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279775-22/В-97 від 17.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛПРЕДНІЗОЛОНУ АЦЕПОНАТ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279775-22/В-97 від 17.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛПРЕДНІЗОЛОНУ АЦЕПОНАТ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279775-22/В-97 від 17.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛПРЕДНІЗОЛОНУ АЦЕПОНАТ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262164-21/B-130, 262165-21/B-130, 262166-21/B-130, 262167-21/B-130, 262168-21/B-130, 275561-22/B-130, 275562-22/B-130, 275563-22/B-130, 275564-22/B-130, 275565-22/B-130, 275566-22/B-130 від 29.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛУРАЦИЛ З МІРАМІСТИНОМ, мазь; по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262164-21/B-130, 262165-21/B-130, 262166-21/B-130, 262167-21/B-130, 262168-21/B-130, 275561-22/B-130, 275562-22/B-130, 275563-22/B-130, 275564-22/B-130, 275565-22/B-130, 275566-22/B-130 від 29.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛУРАЦИЛ З МІРАМІСТИНОМ, мазь; по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262164-21/B-130, 262165-21/B-130, 262166-21/B-130, 262167-21/B-130, 262168-21/B-130, 275561-22/B-130, 275562-22/B-130, 275563-22/B-130, 275564-22/B-130, 275565-22/B-130, 275566-22/B-130 від 29.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТИЛУРАЦИЛ З МІРАМІСТИНОМ, мазь; по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274240-22/B-137 від 11.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТРЕКСАТ-ТЕВА, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл; по 2 мл у флаконі; по 1 флакону в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274240-22/В-137 від 11.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТРЕКСАТ-ТЕВА, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл; по 2 мл у флаконі; по 1 флакону в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274240-22/В-137 від 11.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТРЕКСАТ-ТЕВА, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл; по 2 мл у флаконі; по 1 флакону в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274244-22/В-137 від 11.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТРЕКСАТ-ТЕВА, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл, по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274244-22/В-137 від 11.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТРЕКСАТ-ТЕВА, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл, по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274244-22/В-137 від 11.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТОТРЕКСАТ-ТЕВА, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл, по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279698-22/B-61 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТРОНІДАЗОЛУ БЕНЗОАТ, порошок (субстанція) у мішках з плівки поліетиленової для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279698-22/B-61 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТРОНІДАЗОЛУ БЕНЗОАТ, порошок (субстанція) у мішках з плівки поліетиленової для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279698-22/B-61 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТРОНІДАЗОЛУ БЕНЗОАТ, порошок (субстанція) у мішках з плівки поліетиленової для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276574-22/B-60, 276575-22/B-60, 276577-22/B-60 від 13.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок кристалічний (субстанція) для фармацевтичного застосування у пакетах подвійних поліетиленових**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276574-22/B-60, 276575-22/B-60, 276577-22/B-60 від 13.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок кристалічний (субстанція) для фармацевтичного застосування у пакетах подвійних поліетиленових**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276574-22/B-60, 276575-22/B-60, 276577-22/B-60 від 13.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТФОРМІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок кристалічний (субстанція) для фармацевтичного застосування у пакетах подвійних поліетиленових**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279172-22/В-121 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕФЕНАМІНОВА КИСЛОТА, таблетки по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279172-22/В-121 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕФЕНАМІНОВА КИСЛОТА, таблетки по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279172-22/В-121 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕФЕНАМІНОВА КИСЛОТА, таблетки по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277323-22/В-45 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕФЕНАМІНОВА КИСЛОТА, таблетки по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277323-22/В-45 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕФЕНАМІНОВА КИСЛОТА, таблетки по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277323-22/В-45 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕФЕНАМІНОВА КИСЛОТА, таблетки по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279681-22/В-96 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІКОНАЗОЛУ НІТРАТ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279681-22/B-96 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІКОНАЗОЛУ НІТРАТ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279681-22/B-96 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІКОНАЗОЛУ НІТРАТ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276967-22/3-66 від 21.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЛБУФІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Русан Фарма Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276967-22/3-66 від 21.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЛБУФІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Русан Фарма Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276967-22/3-66 від 21.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НАЛБУФІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Русан Фарма Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**280173-22/В-138 від 26.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕЙРОКСОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**280173-22/В-138 від 26.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕЙРОКСОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**280173-22/В-138 від 26.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕЙРОКСОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277249-22/3-130 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕКСІУМ, порошок для розчину для ін'єкцій та інфузій по 40 мг; 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277249-22/3-130 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕКСІУМ, порошок для розчину для ін'єкцій та інфузій по 40 мг; 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277249-22/3-130 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕКСІУМ, порошок для розчину для ін'єкцій та інфузій по 40 мг; 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278671-22/3-100 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕКСІУМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг, по 7 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній коробці; по 40 мг, по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278671-22/З-100 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕКСІУМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг, по 7 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній коробці; по 40 мг, по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278671-22/3-100 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕКСІУМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг, по 7 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній коробці; по 40 мг, по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278671-22/3-100 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕКСІУМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг, по 7 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній коробці; по 40 мг, по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278671-22/З-100 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕКСІУМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг, по 7 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній коробці; по 40 мг, по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278671-22/3-100 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕКСІУМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг, по 7 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній коробці; по 40 мг, по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276293-22/B-06 від 06.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕОСИНУС®, спрей назальний, дозований, 0,05 %, по 10 г у флаконі з розпилювачем, по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276293-22/B-06 від 06.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕОСИНУС®, спрей назальний, дозований, 0,05 %, по 10 г у флаконі з розпилювачем, по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276293-22/B-06 від 06.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕОСИНУС®, спрей назальний, дозований, 0,05 %, по 10 г у флаконі з розпилювачем, по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278355-22/3-134 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕОТОН, порошок для розчину для інфузій по 1 г 1 або 4 флакони з порошком у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами;**
Заявник	**Альфасігма С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278355-22/3-134 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕОТОН, порошок для розчину для інфузій по 1 г 1 або 4 флакони з порошком у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами;**
Заявник	**Альфасігма С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278355-22/3-134 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕОТОН, порошок для розчину для інфузій по 1 г 1 або 4 флакони з порошком у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами;**
Заявник	**Альфасігма С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270120-21/З-84, 270121-21/З-84, 270122-21/З-84, 270123-21/З-84 від 15.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІКОРЕТТЕ® КРИЖАНА М'ЯТА , льодяники пресовані по 2 мг або 4 мг; по 20 льодяників у фліп-упаковці**
Заявник	**МакНіл АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270120-21/3-84, 270121-21/3-84, 270122-21/3-84, 270123-21/3-84 від 15.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІКОРЕТТЕ® КРИЖАНА М'ЯТА , льодяники пресовані по 2 мг або 4 мг; по 20 льодяників у фліп-упаковці**
Заявник	**МакНіл АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270120-21/3-84, 270121-21/3-84, 270122-21/3-84, 270123-21/3-84 від 15.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІКОРЕТТЕ® КРИЖАНА М'ЯТА , льодяники пресовані по 2 мг або 4 мг; по 20 льодяників у фліп-упаковці**
Заявник	**МакНіл АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270120-21/З-84, 270121-21/З-84, 270122-21/З-84, 270123-21/З-84 від 15.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІКОРЕТТЕ® КРИЖАНА М'ЯТА , льодяники пресовані по 2 мг або 4 мг; по 20 льодяників у фліп-упаковці**
Заявник	**МакНіл АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270120-21/3-84, 270121-21/3-84, 270122-21/3-84, 270123-21/3-84 від 15.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІКОРЕТТЕ® КРИЖАНА М'ЯТА , льодяники пресовані по 2 мг або 4 мг; по 20 льодяників у фліп-упаковці**
Заявник	**МакНіл АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**270120-21/3-84, 270121-21/3-84, 270122-21/3-84, 270123-21/3-84 від 15.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІКОРЕТТЕ® КРИЖАНА М'ЯТА , льодяники пресовані по 2 мг або 4 мг; по 20 льодяників у фліп-упаковці**
Заявник	**МакНіл АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279180-22/В-121 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІМЕСУЛІД-ФІТОФАРМ, таблетки по 100 мг; по 12 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279180-22/B-121 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІМЕСУЛІД-ФІТОФАРМ, таблетки по 100 мг; по 12 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279180-22/В-121 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІМЕСУЛІД-ФІТОФАРМ, таблетки по 100 мг; по 12 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279109-22/В-60 від 05.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІФУРОКСАЗИД, суспензія оральна, 220 мг/5 мл, по 100 мл у флаконі полімерному; по 1 флакону разом з ложкою дозувальною в пачці; по 100 мл у банці полімерній; по 1 банці разом з ложкою дозувальною в пачці; по 100 мл у флаконі скляному; по 1 флакону разом з ложкою дозувальною в пачці**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279109-22/В-60 від 05.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІФУРОКСАЗИД, суспензія оральна, 220 мг/5 мл, по 100 мл у флаконі полімерному; по 1 флакону разом з ложкою дозувальною в пачці; по 100 мл у банці полімерній; по 1 банці разом з ложкою дозувальною в пачці; по 100 мл у флаконі скляному; по 1 флакону разом з ложкою дозувальною в пачці**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279109-22/В-60 від 05.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІФУРОКСАЗИД, суспензія оральна, 220 мг/5 мл, по 100 мл у флаконі полімерному; по 1 флакону разом з ложкою дозувальною в пачці; по 100 мл у банці полімерній; по 1 банці разом з ложкою дозувальною в пачці; по 100 мл у флаконі скляному; по 1 флакону разом з ложкою дозувальною в пачці**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276125-22/В-60 від 01.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІФУРОКСАЗИД, суспензія оральна, 220 мг/5 мл; по 100 мл у флаконі; по 1 флакону з ложкою мірною у пачці;**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276125-22/В-60 від 01.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІФУРОКСАЗИД, суспензія оральна, 220 мг/5 мл; по 100 мл у флаконі; по 1 флакону з ложкою мірною у пачці;**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276125-22/В-60 від 01.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІФУРОКСАЗИД, суспензія оральна, 220 мг/5 мл; по 100 мл у флаконі; по 1 флакону з ложкою мірною у пачці;**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276394-22/3-84, 276395-22/3-84, 276396-22/3-84 від 08.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВАРИНГ®, кільце вагінальне, 11,7 мг/2,7 мг, по 1 кільцю у саше; по 1 саше в картонній коробці**
Заявник	**Органон Сентрал Іст ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276394-22/3-84, 276395-22/3-84, 276396-22/3-84 від 08.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВАРИНГ®, кільце вагінальне, 11,7 мг/2,7 мг, по 1 кільцю у саше; по 1 саше в картонній коробці**
Заявник	**Органон Сентрал Іст ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276394-22/3-84, 276395-22/3-84, 276396-22/3-84 від 08.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВАРИНГ®, кільце вагінальне, 11,7 мг/2,7 мг, по 1 кільцю у саше; по 1 саше в картонній коробці**
Заявник	**Органон Сентрал Іст ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253049-21/3-39 від 25.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОКСИМЕД, порошок та розчинник для розчину для ін`єкцій по 600 мг, у флаконах №10 у комплекті з розчинником по 3 мл в ампулах №10 у картонній коробці**
Заявник	**Лабораторіо Італьяно Біокіміко Фармацеутіко Лізафарма С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253049-21/3-39 від 25.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОКСИМЕД, порошок та розчинник для розчину для ін`єкцій по 600 мг, у флаконах №10 у комплекті з розчинником по 3 мл в ампулах №10 у картонній коробці**
Заявник	**Лабораторіо Італьяно Біокіміко Фармацеутіко Лізафарма С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**253049-21/3-39 від 25.02.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОКСИМЕД, порошок та розчинник для розчину для ін`єкцій по 600 мг, у флаконах №10 у комплекті з розчинником по 3 мл в ампулах №10 у картонній коробці**
Заявник	**Лабораторіо Італьяно Біокіміко Фармацеутіко Лізафарма С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277322-22/В-45 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НООТРОФЕН-ФАРКОС, таблетки по 250 мг; по 10 таблеток у блістері; по 10 таблеток у блістері, по 2 або 3 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277322-22/В-45 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НООТРОФЕН-ФАРКОС, таблетки по 250 мг; по 10 таблеток у блістері; по 10 таблеток у блістері, по 2 або 3 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277322-22/В-45 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НООТРОФЕН-ФАРКОС, таблетки по 250 мг; по 10 таблеток у блістері; по 10 таблеток у блістері, по 2 або 3 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275831-22/3-124 від 25.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НООФЕН®, таблетки по 250 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці картонній**
Заявник	**АТ "Олайнфарм", Латвія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275831-22/3-124 від 25.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НООФЕН®, таблетки по 250 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці картонній**
Заявник	**АТ "Олайнфарм", Латвія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275831-22/3-124 від 25.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НООФЕН®, таблетки по 250 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці картонній**
Заявник	**АТ "Олайнфарм", Латвія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279252-22/В-130 від 09.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НО-ШПА®, таблетки по 40 мг** **№ 12: по 12 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою;** **№ 24: по 24 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою;** **№ 60: по 60 таблеток у дозуючому контейнері, закритому кришкою з захисною стрічкою від відкриття; по 1 дозуючому контейнеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою;** **№ 100: по 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з наклейкою на коробці для контролю першого відкриття (з маркуванням українською та англійською мовами на наклейці на коробці для контролю першого відкриття) та з маркуванням українською мовою на етикетці флакона та картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279252-22/В-130 від 09.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НО-ШПА®, таблетки по 40 мг** **№ 12: по 12 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою;** **№ 24: по 24 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою;** **№ 60: по 60 таблеток у дозуючому контейнері, закритому кришкою з захисною стрічкою від відкриття; по 1 дозуючому контейнеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою;** **№ 100: по 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з наклейкою на коробці для контролю першого відкриття (з маркуванням українською та англійською мовами на наклейці на коробці для контролю першого відкриття) та з маркуванням українською мовою на етикетці флакона та картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279252-22/В-130 від 09.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НО-ШПА®, таблетки по 40 мг** **№ 12: по 12 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою;** **№ 24: по 24 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою;** **№ 60: по 60 таблеток у дозуючому контейнері, закритому кришкою з захисною стрічкою від відкриття; по 1 дозуючому контейнеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою;** **№ 100: по 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з наклейкою на коробці для контролю першого відкриття (з маркуванням українською та англійською мовами на наклейці на коробці для контролю першого відкриття) та з маркуванням українською мовою на етикетці флакона та картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279214-22/B-84 від 08.08.2022**
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 "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279214-22/B-84 від 08.08.2022**
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 "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279214-22/B-84 від 08.08.2022**
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 "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276675-22/3-28, 276676-22/3-28 від 15.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКОМІСТИН®, краплі очні/вушні/для носа, розчин 0,01 % по 5 мл або 10 мл у флаконі полімерному з крапельницею; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**КНВМП "ІСНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276675-22/3-28, 276676-22/3-28 від 15.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКОМІСТИН®, краплі очні/вушні/для носа, розчин 0,01 % по 5 мл або 10 мл у флаконі полімерному з крапельницею; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**КНВМП "ІСНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276675-22/3-28, 276676-22/3-28 від 15.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКОМІСТИН®, краплі очні/вушні/для носа, розчин 0,01 % по 5 мл або 10 мл у флаконі полімерному з крапельницею; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**КНВМП "ІСНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277165-22/В-45 від 27.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕПРАЗОЛ-ДАРНИЦЯ, порошок для розчину для інфузій по 40 мг у флаконі, по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277165-22/В-45 від 27.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕПРАЗОЛ-ДАРНИЦЯ, порошок для розчину для інфузій по 40 мг у флаконі, по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277165-22/В-45 від 27.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМЕПРАЗОЛ-ДАРНИЦЯ, порошок для розчину для інфузій по 40 мг у флаконі, по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278682-22/3-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОНГЛІЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг або по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278682-22/З-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОНГЛІЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг або по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278682-22/3-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОНГЛІЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг або по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278682-22/3-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОНГЛІЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг або по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278682-22/З-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОНГЛІЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг або по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278682-22/3-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОНГЛІЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг або по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275282-22/В-39 від 12.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОРНІДАЗОЛ-НОВОФАРМ, розчин для інфузій, 5 мг/мл по 100 мл у пляшці; по 1 пляшці у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю фірма "Новофарм-Біосинтез", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275282-22/В-39 від 12.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОРНІДАЗОЛ-НОВОФАРМ, розчин для інфузій, 5 мг/мл по 100 мл у пляшці; по 1 пляшці у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю фірма "Новофарм-Біосинтез", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275282-22/B-39 від 12.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОРНІДАЗОЛ-НОВОФАРМ, розчин для інфузій, 5 мг/мл по 100 мл у пляшці; по 1 пляшці у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю фірма "Новофарм-Біосинтез", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275659-22/3-86 від 19.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОСПАМОКС, порошок для оральної суспензії по 125 мг/5 мл по 5,1 г порошку для 60 мл або по 8,5 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з шприцом для дозування з адаптером у картонній коробці; по 250 мг/5 мл по 6,6 г порошку для 60 мл або по 11 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з шприцом для дозування з адаптером у картонній коробці; по 500 мг/5 мл по 12 г порошку для 60 мл або по 20 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з мірною ложкою у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275659-22/3-86 від 19.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОСПАМОКС, порошок для оральної суспензії по 125 мг/5 мл по 5,1 г порошку для 60 мл або по 8,5 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з шприцом для дозування з адаптером у картонній коробці; по 250 мг/5 мл по 6,6 г порошку для 60 мл або по 11 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з шприцом для дозування з адаптером у картонній коробці; по 500 мг/5 мл по 12 г порошку для 60 мл або по 20 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з мірною ложкою у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275659-22/3-86 від 19.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОСПАМОКС, порошок для оральної суспензії по 125 мг/5 мл по 5,1 г порошку для 60 мл або по 8,5 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з шприцом для дозування з адаптером у картонній коробці; по 250 мг/5 мл по 6,6 г порошку для 60 мл або по 11 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з шприцом для дозування з адаптером у картонній коробці; по 500 мг/5 мл по 12 г порошку для 60 мл або по 20 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з мірною ложкою у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275659-22/3-86 від 19.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОСПАМОКС, порошок для оральної суспензії по 125 мг/5 мл по 5,1 г порошку для 60 мл або по 8,5 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з шприцом для дозування з адаптером у картонній коробці; по 250 мг/5 мл по 6,6 г порошку для 60 мл або по 11 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з шприцом для дозування з адаптером у картонній коробці; по 500 мг/5 мл по 12 г порошку для 60 мл або по 20 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з мірною ложкою у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275659-22/3-86 від 19.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОСПАМОКС, порошок для оральної суспензії по 125 мг/5 мл по 5,1 г порошку для 60 мл або по 8,5 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з шприцом для дозування з адаптером у картонній коробці; по 250 мг/5 мл по 6,6 г порошку для 60 мл або по 11 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з шприцом для дозування з адаптером у картонній коробці; по 500 мг/5 мл по 12 г порошку для 60 мл або по 20 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з мірною ложкою у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275659-22/3-86 від 19.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОСПАМОКС, порошок для оральної суспензії по 125 мг/5 мл по 5,1 г порошку для 60 мл або по 8,5 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з шприцом для дозування з адаптером у картонній коробці; по 250 мг/5 мл по 6,6 г порошку для 60 мл або по 11 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з шприцом для дозування з адаптером у картонній коробці; по 500 мг/5 мл по 12 г порошку для 60 мл або по 20 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з мірною ложкою у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275659-22/3-86 від 19.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОСПАМОКС, порошок для оральної суспензії по 125 мг/5 мл по 5,1 г порошку для 60 мл або по 8,5 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з шприцом для дозування з адаптером у картонній коробці; по 250 мг/5 мл по 6,6 г порошку для 60 мл або по 11 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з шприцом для дозування з адаптером у картонній коробці; по 500 мг/5 мл по 12 г порошку для 60 мл або по 20 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з мірною ложкою у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275659-22/3-86 від 19.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОСПАМОКС, порошок для оральної суспензії по 125 мг/5 мл по 5,1 г порошку для 60 мл або по 8,5 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з шприцом для дозування з адаптером у картонній коробці; по 250 мг/5 мл по 6,6 г порошку для 60 мл або по 11 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з шприцом для дозування з адаптером у картонній коробці; по 500 мг/5 мл по 12 г порошку для 60 мл або по 20 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з мірною ложкою у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275659-22/3-86 від 19.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОСПАМОКС, порошок для оральної суспензії по 125 мг/5 мл по 5,1 г порошку для 60 мл або по 8,5 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з шприцом для дозування з адаптером у картонній коробці; по 250 мг/5 мл по 6,6 г порошку для 60 мл або по 11 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з шприцом для дозування з адаптером у картонній коробці; по 500 мг/5 мл по 12 г порошку для 60 мл або по 20 г порошку для 100 мл суспензії у флаконі; по 1 флакону разом з мірною ложкою у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**280585-22/З-45 від 02.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАКЛІТАКСЕЛ-МБ, концентрат для розчину для інфузій по 6 мг/мл, по 5 мл у флаконі; по 1 або 10 флаконів у пачці з картону або по 25 флаконів у лотку з картону з перегородками, що вкритий товстою термозбіжною плівкою; по 16,7 мл у флаконі; по 1 або 5 флаконів у пачці з картону або по 16 флаконів у лотку з картону з перегородками, що вкритий товстою термозбіжною плівкою; по 25 мл або по 50 мл у флаконі; по 1 або 4 флакони у пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**280585-22/3-45 від 02.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАКЛІТАКСЕЛ-МБ, концентрат для розчину для інфузій по 6 мг/мл, по 5 мл у флаконі; по 1 або 10 флаконів у пачці з картону або по 25 флаконів у лотку з картону з перегородками, що вкритий товстою термозбіжною плівкою; по 16,7 мл у флаконі; по 1 або 5 флаконів у пачці з картону або по 16 флаконів у лотку з картону з перегородками, що вкритий товстою термозбіжною плівкою; по 25 мл або по 50 мл у флаконі; по 1 або 4 флакони у пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**280585-22/3-45 від 02.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАКЛІТАКСЕЛ-МБ, концентрат для розчину для інфузій по 6 мг/мл, по 5 мл у флаконі; по 1 або 10 флаконів у пачці з картону або по 25 флаконів у лотку з картону з перегородками, що вкритий товстою термозбіжною плівкою; по 16,7 мл у флаконі; по 1 або 5 флаконів у пачці з картону або по 16 флаконів у лотку з картону з перегородками, що вкритий товстою термозбіжною плівкою; по 25 мл або по 50 мл у флаконі; по 1 або 4 флакони у пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277214-22/3-128, 277215-22/3-128 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНАНГІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 50 таблеток у поліпропіленовому флаконі з контролем першого розкриття; по 1 флакону в картонній упаковці з маркуванням українською та англійською мовами; по 20 таблеток у блістері; по 3 (20х3) або по 5 (20х5) блістерів в картонній упаковці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277214-22/3-128, 277215-22/3-128 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНАНГІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 50 таблеток у поліпропіленовому флаконі з контролем першого розкриття; по 1 флакону в картонній упаковці з маркуванням українською та англійською мовами; по 20 таблеток у блістері; по 3 (20х3) або по 5 (20х5) блістерів в картонній упаковці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277214-22/3-128, 277215-22/3-128 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНАНГІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 50 таблеток у поліпропіленовому флаконі з контролем першого розкриття; по 1 флакону в картонній упаковці з маркуванням українською та англійською мовами; по 20 таблеток у блістері; по 3 (20х3) або по 5 (20х5) блістерів в картонній упаковці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**272346-22/3-123, 272347-22/3-123, 272348-22/3-123, 272349-22/3-123, 272350-22/3-123 від 31.01.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНЗІГА/PANZYGA®, розчин для інфузій по 100 мг/мл, по 10 мл, 25 мл розчину у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 50 мл, 100 мл розчину у пляшках, по 1 пляшці в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**272346-22/3-123, 272347-22/3-123, 272348-22/3-123, 272349-22/3-123, 272350-22/3-123 від 31.01.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНЗІГА/PANZYGA®, розчин для інфузій по 100 мг/мл, по 10 мл, 25 мл розчину у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 50 мл, 100 мл розчину у пляшках, по 1 пляшці в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**272346-22/3-123, 272347-22/3-123, 272348-22/3-123, 272349-22/3-123, 272350-22/3-123 від 31.01.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНЗІГА/PANZYGA®, розчин для інфузій по 100 мг/мл, по 10 мл, 25 мл розчину у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 50 мл, 100 мл розчину у пляшках, по 1 пляшці в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275261-22/B-66 від 12.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНКРЕАЗИМ 10000, таблетки гастрорезистентні, по 10 таблеток у блістері, по 2 або по 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275261-22/B-66 від 12.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНКРЕАЗИМ 10000, таблетки гастрорезистентні, по 10 таблеток у блістері, по 2 або по 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275261-22/B-66 від 12.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНКРЕАЗИМ 10000, таблетки гастрорезистентні, по 10 таблеток у блістері, по 2 або по 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279908-22/B-84 від 19.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНКРЕАТИН ФОРТЕ, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279908-22/B-84 від 19.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНКРЕАТИН ФОРТЕ, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279908-22/В-84 від 19.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНКРЕАТИН ФОРТЕ, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 5 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278665-22/3-06 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕМЕТРЕКСЕД-МБ, ліофілізат для приготування для розчину для інфузій по 100 мг та по 500 мг; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278665-22/3-06 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕМЕТРЕКСЕД-МБ, ліофілізат для приготування для розчину для інфузій по 100 мг та по 500 мг; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278665-22/3-06 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕМЕТРЕКСЕД-МБ, ліофілізат для приготування для розчину для інфузій по 100 мг та по 500 мг; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278665-22/3-06 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕМЕТРЕКСЕД-МБ, ліофілізат для приготування для розчину для інфузій по 100 мг та по 500 мг; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278665-22/3-06 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕМЕТРЕКСЕД-МБ, ліофілізат для приготування для розчину для інфузій по 100 мг та по 500 мг; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278665-22/3-06 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕМЕТРЕКСЕД-МБ, ліофілізат для приготування для розчину для інфузій по 100 мг та по 500 мг; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276612-22/B-66, 276613-22/B-66 від 15.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕРЕКИСУ ВОДНЮ РОЗЧИН, розчин для зовнішнього застосування 3 % по 25 мл, по 40 мл, по 100 мл, по 200 мл у флаконах скляних; по 40 мл, 100 мл, 200 мл у флаконах полімерних; по 30 мл, 50 мл у флаконах полімерних з розпилювачем; по 30 мл, 50 мл у флаконах полімерних з розпилювачем; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276612-22/B-66, 276613-22/B-66 від 15.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕРЕКИСУ ВОДНЮ РОЗЧИН, розчин для зовнішнього застосування 3 % по 25 мл, по 40 мл, по 100 мл, по 200 мл у флаконах скляних; по 40 мл, 100 мл, 200 мл у флаконах полімерних; по 30 мл, 50 мл у флаконах полімерних з розпилювачем; по 30 мл, 50 мл у флаконах полімерних з розпилювачем; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276612-22/B-66, 276613-22/B-66 від 15.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕРЕКИСУ ВОДНЮ РОЗЧИН, розчин для зовнішнього застосування 3 % по 25 мл, по 40 мл, по 100 мл, по 200 мл у флаконах скляних; по 40 мл, 100 мл, 200 мл у флаконах полімерних; по 30 мл, 50 мл у флаконах полімерних з розпилювачем; по 30 мл, 50 мл у флаконах полімерних з розпилювачем; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279678-22/B-92 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОВІДОН-ЙОД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279678-22/B-92 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОВІДОН-ЙОД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279678-22/В-92 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОВІДОН-ЙОД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279471-22/В-60 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОДОРОЖНИКА СИРОП, сироп; по 100 мл або по 200 мл у флаконі скляному або полімерному з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з мірним стаканчиком або без стаканчика в пачці з маркуванням українською та російською мовами**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279471-22/В-60 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОДОРОЖНИКА СИРОП, сироп; по 100 мл або по 200 мл у флаконі скляному або полімерному з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з мірним стаканчиком або без стаканчика в пачці з маркуванням українською та російською мовами**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279471-22/B-60 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОДОРОЖНИКА СИРОП, сироп; по 100 мл або по 200 мл у флаконі скляному або полімерному з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з мірним стаканчиком або без стаканчика в пачці з маркуванням українською та російською мовами**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278513-22/3-138 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОСАКОНАЗОЛ - ВІСТА, суспензія оральна, 40 мг/мл; по 105 мл у пляшці ємністю 125 мл; по 1 пляшці з мірною ложечкою у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278513-22/3-138 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОСАКОНАЗОЛ - ВІСТА, суспензія оральна, 40 мг/мл; по 105 мл у пляшці ємністю 125 мл; по 1 пляшці з мірною ложечкою у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278513-22/3-138 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОСАКОНАЗОЛ - ВІСТА, суспензія оральна, 40 мг/мл; по 105 мл у пляшці ємністю 125 мл; по 1 пляшці з мірною ложечкою у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277293-22/З-123 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОСИФОРМІН, мазь очна 2 %; по 5 г мазі у тубі; по 1 тубі у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277293-22/3-123 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОСИФОРМІН, мазь очна 2 %; по 5 г мазі у тубі; по 1 тубі у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277293-22/3-123 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОСИФОРМІН, мазь очна 2 %; по 5 г мазі у тубі; по 1 тубі у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266915-21/3-98, 266917-21/3-98 від 28.10.2021**
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	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266915-21/3-98, 266917-21/3-98 від 28.10.2021**
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	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266915-21/3-98, 266917-21/3-98 від 28.10.2021**
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	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266915-21/3-98, 266917-21/3-98 від 28.10.2021**
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	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266915-21/3-98, 266917-21/3-98 від 28.10.2021**
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	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266915-21/3-98, 266917-21/3-98 від 28.10.2021**
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	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266915-21/3-98, 266917-21/3-98 від 28.10.2021**
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	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266915-21/3-98, 266917-21/3-98 від 28.10.2021**
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	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266915-21/3-98, 266917-21/3-98 від 28.10.2021**
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	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278686-22/3-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПУЛЬМІКОРТ, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл або 0,5 мг/мл по 2 мл в контейнері; по 5 контейнерів у конверті; по 4 конверти у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278686-22/З-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПУЛЬМІКОРТ, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл або 0,5 мг/мл по 2 мл в контейнері; по 5 контейнерів у конверті; по 4 конверти у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278686-22/З-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПУЛЬМІКОРТ, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл або 0,5 мг/мл по 2 мл в контейнері; по 5 контейнерів у конверті; по 4 конверти у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278686-22/3-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПУЛЬМІКОРТ, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл або 0,5 мг/мл по 2 мл в контейнері; по 5 контейнерів у конверті; по 4 конверти у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278686-22/З-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПУЛЬМІКОРТ, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл або 0,5 мг/мл по 2 мл в контейнері; по 5 контейнерів у конверті; по 4 конверти у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278686-22/З-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПУЛЬМІКОРТ, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл або 0,5 мг/мл по 2 мл в контейнері; по 5 контейнерів у конверті; по 4 конверти у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278615-22/3-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПУЛЬМІКОРТ ТУРБУХАЛЕР, порошок для інгаляцій, 100 мкг/доза по 200 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці з маркуванням українською мовою;** **порошок для інгаляцій, 200 мкг/доза по 100 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278615-22/3-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПУЛЬМІКОРТ ТУРБУХАЛЕР, порошок для інгаляцій, 100 мкг/доза по 200 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці з маркуванням українською мовою;** **порошок для інгаляцій, 200 мкг/доза по 100 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278615-22/3-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПУЛЬМІКОРТ ТУРБУХАЛЕР, порошок для інгаляцій, 100 мкг/доза по 200 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці з маркуванням українською мовою;** **порошок для інгаляцій, 200 мкг/доза по 100 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278615-22/3-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПУЛЬМІКОРТ ТУРБУХАЛЕР, порошок для інгаляцій, 100 мкг/доза по 200 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці з маркуванням українською мовою;** **порошок для інгаляцій, 200 мкг/доза по 100 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278615-22/3-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПУЛЬМІКОРТ ТУРБУХАЛЕР, порошок для інгаляцій, 100 мкг/доза по 200 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці з маркуванням українською мовою;** **порошок для інгаляцій, 200 мкг/доза по 100 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278615-22/3-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПУЛЬМІКОРТ ТУРБУХАЛЕР, порошок для інгаляцій, 100 мкг/доза по 200 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці з маркуванням українською мовою;** **порошок для інгаляцій, 200 мкг/доза по 100 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278510-22/B-61 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІПРИЛ-ТЕВА, таблетки по 2,5 мг або по 5 мг, або по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278510-22/B-61 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІПРИЛ-ТЕВА, таблетки по 2,5 мг або по 5 мг, або по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278510-22/B-61 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІПРИЛ-ТЕВА, таблетки по 2,5 мг або по 5 мг, або по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278510-22/B-61 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІПРИЛ-ТЕВА, таблетки по 2,5 мг або по 5 мг, або по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278510-22/B-61 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІПРИЛ-ТЕВА, таблетки по 2,5 мг або по 5 мг, або по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278510-22/B-61 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІПРИЛ-ТЕВА, таблетки по 2,5 мг або по 5 мг, або по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278510-22/B-61 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІПРИЛ-ТЕВА, таблетки по 2,5 мг або по 5 мг, або по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278510-22/B-61 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІПРИЛ-ТЕВА, таблетки по 2,5 мг або по 5 мг, або по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278510-22/B-61 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІПРИЛ-ТЕВА, таблетки по 2,5 мг або по 5 мг, або по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**263564-21/3-98 від 28.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕМАВІР, капсули по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або 3 блістери у пачці картонній**
Заявник	**АТ "Олайнфарм", Латвія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**263564-21/3-98 від 28.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕМАВІР, капсули по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або 3 блістери у пачці картонній**
Заявник	**АТ "Олайнфарм", Латвія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**263564-21/3-98 від 28.08.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕМАВІР, капсули по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або 3 блістери у пачці картонній**
Заявник	**АТ "Олайнфарм", Латвія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279954-22/3-130, 279956-22/3-130 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО; по 1000 МО; по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін`єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці;** **ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО, 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279954-22/3-130, 279956-22/3-130 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО; по 1000 МО; по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін`єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці;** **ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО, 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279954-22/3-130, 279956-22/3-130 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО; по 1000 МО; по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін`єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці;** **ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО, 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279954-22/3-130, 279956-22/3-130 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО; по 1000 МО; по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін`єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці;** **ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО, 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279954-22/3-130, 279956-22/3-130 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО; по 1000 МО; по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін`єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці;** **ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО, 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279954-22/3-130, 279956-22/3-130 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО; по 1000 МО; по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін`єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці;** **ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО, 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279954-22/3-130, 279956-22/3-130 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО; по 1000 МО; по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін`єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці;** **ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО, 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279954-22/3-130, 279956-22/3-130 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО; по 1000 МО; по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін`єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці;** **ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО, 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279954-22/3-130, 279956-22/3-130 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО; по 1000 МО; по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін`єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці;** **ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО, 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279954-22/3-130, 279956-22/3-130 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО; по 1000 МО; по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін`єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці;** **ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО, 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279954-22/3-130, 279956-22/3-130 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО; по 1000 МО; по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін`єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці;** **ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО, 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279954-22/3-130, 279956-22/3-130 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО; по 1000 МО; по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін`єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці;** **ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО, 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279954-22/3-130, 279956-22/3-130 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО; по 1000 МО; по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін`єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці;** **ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО, 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279954-22/3-130, 279956-22/3-130 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО; по 1000 МО; по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін`єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці;** **ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО, 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279954-22/3-130, 279956-22/3-130 від 22.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 250 МО, по 500 МО; по 1000 МО; по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін`єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці;** **ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3000 МО, 1 попередньо наповнений шприц з ліофілізатом у верхній камері та розчинником по 4 мл у нижній камері, 1 шток поршня, 1 система для інфузії, 2 тампони зі спиртом, 1 пластир, 1 марлева подушечка та 1 ковпачок у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277274-22/В-138 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИТМОКОР®, капсули; по 12 капсул у блістері; по 4 або 5 блістерів у пачці; по 12 капсул у блістері**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277274-22/В-138 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИТМОКОР®, капсули; по 12 капсул у блістері; по 4 або 5 блістерів у пачці; по 12 капсул у блістері**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277274-22/В-138 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИТМОКОР®, капсули; по 12 капсул у блістері; по 4 або 5 блістерів у пачці; по 12 капсул у блістері**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277332-22/B-97 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІНГЕРА ЛАКТАТ РОЗЧИН, розчин для інфузій, по 200 мл або по 400 мл у пляшках скляних (флаконах)**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277332-22/В-97 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІНГЕРА ЛАКТАТ РОЗЧИН, розчин для інфузій, по 200 мл або по 400 мл у пляшках скляних (флаконах)**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277332-22/В-97 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІНГЕРА ЛАКТАТ РОЗЧИН, розчин для інфузій, по 200 мл або по 400 мл у пляшках скляних (флаконах)**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278174-22/3-06 від 19.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОКСИЦЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій 1,5 г; по 1 або 10 флаконів у картонній пачці**
Заявник	**Антибіотики СА, Румунія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278174-22/3-06 від 19.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОКСИЦЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій 1,5 г; по 1 або 10 флаконів у картонній пачці**
Заявник	**Антибіотики СА, Румунія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278174-22/3-06 від 19.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОКСИЦЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій 1,5 г; по 1 або 10 флаконів у картонній пачці**
Заявник	**Антибіотики СА, Румунія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278768-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОКВЕЛЬ XR, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії, по 50 мг, по 200 мг, по 300 мг, по 400 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278768-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОКВЕЛЬ XR, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії, по 50 мг, по 200 мг, по 300 мг, по 400 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278768-22/З-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОКВЕЛЬ XR, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії, по 50 мг, по 200 мг, по 300 мг, по 400 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278768-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОКВЕЛЬ XR, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії, по 50 мг, по 200 мг, по 300 мг, по 400 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278768-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОКВЕЛЬ XR, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії, по 50 мг, по 200 мг, по 300 мг, по 400 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278768-22/З-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОКВЕЛЬ XR, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії, по 50 мг, по 200 мг, по 300 мг, по 400 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278768-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОКВЕЛЬ XR, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії, по 50 мг, по 200 мг, по 300 мг, по 400 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278768-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОКВЕЛЬ XR, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії, по 50 мг, по 200 мг, по 300 мг, по 400 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278768-22/З-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОКВЕЛЬ XR, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії, по 50 мг, по 200 мг, по 300 мг, по 400 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278768-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОКВЕЛЬ XR, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії, по 50 мг, по 200 мг, по 300 мг, по 400 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278768-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОКВЕЛЬ XR, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії, по 50 мг, по 200 мг, по 300 мг, по 400 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278768-22/З-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОКВЕЛЬ XR, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії, по 50 мг, по 200 мг, по 300 мг, по 400 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**257679-21/3-06 від 17.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОФЛО-125, Аерозоль для інгаляцій дозований 25 мкг/125 мкг на дозу, по 120 доз в аерозольному алюмінієвому балоні з дозуючим клапаном, пластиковим розпилювачем з індикатором дози та пилозахисним ковпачком; по 1 балону в алюмінієвому пакеті з мішечком силікагелю у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**257679-21/3-06 від 17.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОФЛО-125, Аерозоль для інгаляцій дозований 25 мкг/125 мкг на дозу, по 120 доз в аерозольному алюмінієвому балоні з дозуючим клапаном, пластиковим розпилювачем з індикатором дози та пилозахисним ковпачком; по 1 балону в алюмінієвому пакеті з мішечком силікагелю у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**257679-21/3-06 від 17.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОФЛО-125, Аерозоль для інгаляцій дозований 25 мкг/125 мкг на дозу, по 120 доз в аерозольному алюмінієвому балоні з дозуючим клапаном, пластиковим розпилювачем з індикатором дози та пилозахисним ковпачком; по 1 балону в алюмінієвому пакеті з мішечком силікагелю у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262192-21/3-134 від 30.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОФЛО-125, аерозоль для інгаляцій дозований 25 мкг/125 мкг на дозу по 120 доз в аерозольному алюмінієвому балоні з дозуючим клапаном, пластиковим розпилювачем з індикатором дози та пилозахисним ковпачком; по 1 балону в алюмінієвому пакеті з мішечком силікагелю у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262192-21/3-134 від 30.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОФЛО-125, аерозоль для інгаляцій дозований 25 мкг/125 мкг на дозу по 120 доз в аерозольному алюмінієвому балоні з дозуючим клапаном, пластиковим розпилювачем з індикатором дози та пилозахисним ковпачком; по 1 балону в алюмінієвому пакеті з мішечком силікагелю у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262192-21/3-134 від 30.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОФЛО-125, аерозоль для інгаляцій дозований 25 мкг/125 мкг на дозу по 120 доз в аерозольному алюмінієвому балоні з дозуючим клапаном, пластиковим розпилювачем з індикатором дози та пилозахисним ковпачком; по 1 балону в алюмінієвому пакеті з мішечком силікагелю у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262188-21/3-134 від 30.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОФЛО-250, аерозоль для інгаляцій дозований 25 мкг/250 мкг на дозу, по 120 доз в аерозольному алюмінієвому балоні з дозуючим клапаном, пластиковим розпилювачем з індикатором дози та пилозахисним ковпачком; по 1 балону в алюмінієвому пакеті з мішечком силікагелю у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262188-21/3-134 від 30.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОФЛО-250, аерозоль для інгаляцій дозований 25 мкг/250 мкг на дозу, по 120 доз в аерозольному алюмінієвому балоні з дозуючим клапаном, пластиковим розпилювачем з індикатором дози та пилозахисним ковпачком; по 1 балону в алюмінієвому пакеті з мішечком силікагелю у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262188-21/3-134 від 30.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОФЛО-250, аерозоль для інгаляцій дозований 25 мкг/250 мкг на дозу, по 120 доз в аерозольному алюмінієвому балоні з дозуючим клапаном, пластиковим розпилювачем з індикатором дози та пилозахисним ковпачком; по 1 балону в алюмінієвому пакеті з мішечком силікагелю у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**257534-21/3-02 від 13.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОФЛО-250, аерозоль для інгаляцій дозований 25 мкг/250 мкг на дозу, по 120 доз в аерозольному алюмінієвому балоні з дозуючим клапаном, пластиковим розпилювачем з індикатором дози та пилозахисним ковпачком; по 1 балону в алюмінієвому пакеті з мішечком силікагелю у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**257534-21/3-02 від 13.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОФЛО-250, аерозоль для інгаляцій дозований 25 мкг/250 мкг на дозу, по 120 доз в аерозольному алюмінієвому балоні з дозуючим клапаном, пластиковим розпилювачем з індикатором дози та пилозахисним ковпачком; по 1 балону в алюмінієвому пакеті з мішечком силікагелю у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**257534-21/3-02 від 13.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОФЛО-250, аерозоль для інгаляцій дозований 25 мкг/250 мкг на дозу, по 120 доз в аерозольному алюмінієвому балоні з дозуючим клапаном, пластиковим розпилювачем з індикатором дози та пилозахисним ковпачком; по 1 балону в алюмінієвому пакеті з мішечком силікагелю у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**257516-21/3-86 від 13.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОФЛО-50, аерозоль для інгаляцій дозований 25 мкг/50 мкг на дозу, по 120 доз в аерозольному алюмінієвому балоні з дозуючим клапаном, пластиковим розпилювачем з індикатором дози та пилозахисним ковпачком; по 1 балону в алюмінієвому пакеті з мішечком силікагелю у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**257516-21/3-86 від 13.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОФЛО-50, аерозоль для інгаляцій дозований 25 мкг/50 мкг на дозу, по 120 доз в аерозольному алюмінієвому балоні з дозуючим клапаном, пластиковим розпилювачем з індикатором дози та пилозахисним ковпачком; по 1 балону в алюмінієвому пакеті з мішечком силікагелю у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**257516-21/3-86 від 13.05.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОФЛО-50, аерозоль для інгаляцій дозований 25 мкг/50 мкг на дозу, по 120 доз в аерозольному алюмінієвому балоні з дозуючим клапаном, пластиковим розпилювачем з індикатором дози та пилозахисним ковпачком; по 1 балону в алюмінієвому пакеті з мішечком силікагелю у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262190-21/3-134 від 30.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОФЛО-50, аерозоль для інгаляцій дозований 25 мкг/50 мкг на дозу, по 120 доз в аерозольному алюмінієвому балоні з дозуючим клапаном, пластиковим розпилювачем з індикатором дози та пилозахисним ковпачком; по 1 балону в алюмінієвому пакеті з мішечком силікагелю у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262190-21/3-134 від 30.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОФЛО-50, аерозоль для інгаляцій дозований 25 мкг/50 мкг на дозу, по 120 доз в аерозольному алюмінієвому балоні з дозуючим клапаном, пластиковим розпилювачем з індикатором дози та пилозахисним ковпачком; по 1 балону в алюмінієвому пакеті з мішечком силікагелю у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**262190-21/3-134 від 30.07.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРОФЛО-50, аерозоль для інгаляцій дозований 25 мкг/50 мкг на дозу, по 120 доз в аерозольному алюмінієвому балоні з дозуючим клапаном, пластиковим розпилювачем з індикатором дози та пилозахисним ковпачком; по 1 балону в алюмінієвому пакеті з мішечком силікагелю у картонній коробці**
Заявник	**Ципла Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279671-22/B-92 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИЛІМАРИН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279671-22/B-92 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИЛІМАРИН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279671-22/B-92 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИЛІМАРИН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278616-22/3-121 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМБІКОРТ ТУРБУХАЛЕР, порошок для інгаляцій, дозований, по 80 мкг/4,5 мкг/доза або по 160 мкг/4,5 мкг/доза, або по 320 мкг/9,0 мкг/доза; по 60 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278616-22/3-121 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМБІКОРТ ТУРБУХАЛЕР, порошок для інгаляцій, дозований, по 80 мкг/4,5 мкг/доза або по 160 мкг/4,5 мкг/доза, або по 320 мкг/9,0 мкг/доза; по 60 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278616-22/3-121 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМБІКОРТ ТУРБУХАЛЕР, порошок для інгаляцій, дозований, по 80 мкг/4,5 мкг/доза або по 160 мкг/4,5 мкг/доза, або по 320 мкг/9,0 мкг/доза; по 60 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278616-22/3-121 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМБІКОРТ ТУРБУХАЛЕР, порошок для інгаляцій, дозований, по 80 мкг/4,5 мкг/доза або по 160 мкг/4,5 мкг/доза, або по 320 мкг/9,0 мкг/доза; по 60 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278616-22/3-121 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМБІКОРТ ТУРБУХАЛЕР, порошок для інгаляцій, дозований, по 80 мкг/4,5 мкг/доза або по 160 мкг/4,5 мкг/доза, або по 320 мкг/9,0 мкг/доза; по 60 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278616-22/3-121 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМБІКОРТ ТУРБУХАЛЕР, порошок для інгаляцій, дозований, по 80 мкг/4,5 мкг/доза або по 160 мкг/4,5 мкг/доза, або по 320 мкг/9,0 мкг/доза; по 60 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278616-22/3-121 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМБІКОРТ ТУРБУХАЛЕР, порошок для інгаляцій, дозований, по 80 мкг/4,5 мкг/доза або по 160 мкг/4,5 мкг/доза, або по 320 мкг/9,0 мкг/доза; по 60 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278616-22/3-121 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМБІКОРТ ТУРБУХАЛЕР, порошок для інгаляцій, дозований, по 80 мкг/4,5 мкг/доза або по 160 мкг/4,5 мкг/доза, або по 320 мкг/9,0 мкг/доза; по 60 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278616-22/3-121 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМБІКОРТ ТУРБУХАЛЕР, порошок для інгаляцій, дозований, по 80 мкг/4,5 мкг/доза або по 160 мкг/4,5 мкг/доза, або по 320 мкг/9,0 мкг/доза; по 60 доз у пластиковому інгаляторі; по 1 інгалятору в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277298-22/3-123 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІКАПРОТЕКТ, краплі очні, по 10 мл, у флаконі-крапельниці, по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277298-22/3-123 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІКАПРОТЕКТ, краплі очні, по 10 мл, у флаконі-крапельниці, по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277298-22/3-123 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІКАПРОТЕКТ, краплі очні, по 10 мл, у флаконі-крапельниці, по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278388-22/B-39 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНУМАКС, спрей назальний, дозований 0,05%; по 10 г у флаконі з розпилювачем; по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278388-22/В-39 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНУМАКС, спрей назальний, дозований 0,05%; по 10 г у флаконі з розпилювачем; по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278388-22/B-39 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СІНУМАКС, спрей назальний, дозований 0,05%; по 10 г у флаконі з розпилювачем; по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276254-22/З-123 від 03.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СКІНОРЕН®, крем 20 %; по 30 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЕО Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276254-22/3-123 від 03.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СКІНОРЕН®, крем 20 %; по 30 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЕО Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276254-22/3-123 від 03.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СКІНОРЕН®, крем 20 %; по 30 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ЛЕО Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277929-22/B-132, 277930-22/B-132, 277933-22/B-132 від 12.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОДЕРМ®, мазь 0,1 %; по 25 г, 50 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277929-22/B-132, 277930-22/B-132, 277933-22/B-132 від 12.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОДЕРМ®, мазь 0,1 %; по 25 г, 50 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277929-22/B-132, 277930-22/B-132, 277933-22/B-132 від 12.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОДЕРМ®, мазь 0,1 %; по 25 г, 50 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274556-22/3-96 від 20.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОРЦЕФ®, гранули для оральної суспензії, 100 мг/5 мл; для 60 мл суспензії: по 32 г грануляту у флаконі з пластмасовою мірною ложкою та мірним стаканчиком в картонній коробці; для 100 мл суспензії: по 53 г грануляту у флаконі з пластмасовою мірною ложкою та мірним стаканчиком в картонній коробці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274556-22/3-96 від 20.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОРЦЕФ®, гранули для оральної суспензії, 100 мг/5 мл; для 60 мл суспензії: по 32 г грануляту у флаконі з пластмасовою мірною ложкою та мірним стаканчиком в картонній коробці; для 100 мл суспензії: по 53 г грануляту у флаконі з пластмасовою мірною ложкою та мірним стаканчиком в картонній коробці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274556-22/3-96 від 20.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОРЦЕФ®, гранули для оральної суспензії, 100 мг/5 мл; для 60 мл суспензії: по 32 г грануляту у флаконі з пластмасовою мірною ложкою та мірним стаканчиком в картонній коробці; для 100 мл суспензії: по 53 г грануляту у флаконі з пластмасовою мірною ложкою та мірним стаканчиком в картонній коробці**
Заявник	**АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276398-22/B-66 від 08.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПАЗМАЛГОН®, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 5 блістерів у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276398-22/B-66 від 08.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПАЗМАЛГОН®, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 5 блістерів у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276398-22/B-66 від 08.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПАЗМАЛГОН®, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 5 блістерів у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266470-21/B-97, 266471-21/B-97, 266472-21/B-97, 266473-21/B-97, 266474-21/B-97, 266475-21/B-97, 266476-21/B-97, 266477-21/B-97, 266478-21/B-97, 266479-21/B-97, 266480-21/B-97, 266481-21/B-97, 266482-21/B-97, 266483-21/B-97, 266484-21/B-97, 266485-21/B-97, 273625-22/B-96, 273626-22/B-96, 273627-22/B-96, 273628-22/B-96, 273629-22/B-96, 273630-22/B-96 від 23.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУДОКРЕМ, крем для зовнішнього застосування, по 60 г або 125 г, або 250 г у поліпропіленовій баночці з контролем першого відкриття**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266470-21/B-97, 266471-21/B-97, 266472-21/B-97, 266473-21/B-97, 266474-21/B-97, 266475-21/B-97, 266476-21/B-97, 266477-21/B-97, 266478-21/B-97, 266479-21/B-97, 266480-21/B-97, 266481-21/B-97, 266482-21/B-97, 266483-21/B-97, 266484-21/B-97, 266485-21/B-97, 273625-22/B-96, 273626-22/B-96, 273627-22/B-96, 273628-22/B-96, 273629-22/B-96, 273630-22/B-96 від 23.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУДОКРЕМ, крем для зовнішнього застосування, по 60 г або 125 г, або 250 г у поліпропіленовій баночці з контролем першого відкриття**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**266470-21/B-97, 266471-21/B-97, 266472-21/B-97, 266473-21/B-97, 266474-21/B-97, 266475-21/B-97, 266476-21/B-97, 266477-21/B-97, 266478-21/B-97, 266479-21/B-97, 266480-21/B-97, 266481-21/B-97, 266482-21/B-97, 266483-21/B-97, 266484-21/B-97, 266485-21/B-97, 273625-22/B-96, 273626-22/B-96, 273627-22/B-96, 273628-22/B-96, 273629-22/B-96, 273630-22/B-96 від 23.10.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУДОКРЕМ, крем для зовнішнього застосування, по 60 г або 125 г, або 250 г у поліпропіленовій баночці з контролем першого відкриття**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275988-22/B-92 від 30.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬБАКТАМУ НАТРІЮ СТЕРИЛЬНИЙ , порошок (субстанція) у алюмінієвих бідонах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275988-22/В-92 від 30.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬБАКТАМУ НАТРІЮ СТЕРИЛЬНИЙ , порошок (субстанція) у алюмінієвих бідонах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275988-22/В-92 від 30.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬБАКТАМУ НАТРІЮ СТЕРИЛЬНИЙ , порошок (субстанція) у алюмінієвих бідонах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278688-22/3-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАГРІССО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг або по 80 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278688-22/3-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАГРІССО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг або по 80 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278688-22/3-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАГРІССО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг або по 80 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278688-22/3-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАГРІССО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг або по 80 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278688-22/3-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАГРІССО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг або по 80 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278688-22/3-134 від 28.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАГРІССО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг або по 80 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265391-21/3-45 від 29.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАДАЛАФІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 4 або 7 таблеток у блістері, по 50 блістерів в картонній коробці; або по 20 мг по 1, 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 1 або 7 таблеток у блістері, по 40 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265391-21/3-45 від 29.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАДАЛАФІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 4 або 7 таблеток у блістері, по 50 блістерів в картонній коробці; або по 20 мг по 1, 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 1 або 7 таблеток у блістері, по 40 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265391-21/3-45 від 29.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАДАЛАФІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 4 або 7 таблеток у блістері, по 50 блістерів в картонній коробці; або по 20 мг по 1, 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 1 або 7 таблеток у блістері, по 40 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265391-21/3-45 від 29.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАДАЛАФІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 4 або 7 таблеток у блістері, по 50 блістерів в картонній коробці; або по 20 мг по 1, 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 1 або 7 таблеток у блістері, по 40 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265391-21/3-45 від 29.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАДАЛАФІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 4 або 7 таблеток у блістері, по 50 блістерів в картонній коробці; або по 20 мг по 1, 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 1 або 7 таблеток у блістері, по 40 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265391-21/3-45 від 29.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАДАЛАФІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 4 або 7 таблеток у блістері, по 50 блістерів в картонній коробці; або по 20 мг по 1, 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 1 або 7 таблеток у блістері, по 40 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265391-21/3-45 від 29.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАДАЛАФІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 4 або 7 таблеток у блістері, по 50 блістерів в картонній коробці; або по 20 мг по 1, 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 1 або 7 таблеток у блістері, по 40 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265391-21/3-45 від 29.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАДАЛАФІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 4 або 7 таблеток у блістері, по 50 блістерів в картонній коробці; або по 20 мг по 1, 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 1 або 7 таблеток у блістері, по 40 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265391-21/3-45 від 29.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАДАЛАФІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 4 або 7 таблеток у блістері, по 50 блістерів в картонній коробці; або по 20 мг по 1, 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 1 або 7 таблеток у блістері, по 40 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265391-21/3-45 від 29.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАДАЛАФІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 4 або 7 таблеток у блістері, по 50 блістерів в картонній коробці; або по 20 мг по 1, 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 1 або 7 таблеток у блістері, по 40 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265391-21/3-45 від 29.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАДАЛАФІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 4 або 7 таблеток у блістері, по 50 блістерів в картонній коробці; або по 20 мг по 1, 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 1 або 7 таблеток у блістері, по 40 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265391-21/3-45 від 29.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАДАЛАФІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 4 або 7 таблеток у блістері, по 50 блістерів в картонній коробці; або по 20 мг по 1, 4 або 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 1 або 7 таблеток у блістері, по 40 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277223-22/3-45 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН, капсули тверді, по 0,5 мг, по 1 мг, по 5 мг; по 10 капсул твердих у блістері; по 5 або по 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277223-22/3-45 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН, капсули тверді, по 0,5 мг, по 1 мг, по 5 мг; по 10 капсул твердих у блістері; по 5 або по 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277223-22/3-45 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН, капсули тверді, по 0,5 мг, по 1 мг, по 5 мг; по 10 капсул твердих у блістері; по 5 або по 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277223-22/3-45 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН, капсули тверді, по 0,5 мг, по 1 мг, по 5 мг; по 10 капсул твердих у блістері; по 5 або по 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277223-22/3-45 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН, капсули тверді, по 0,5 мг, по 1 мг, по 5 мг; по 10 капсул твердих у блістері; по 5 або по 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277223-22/3-45 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН, капсули тверді, по 0,5 мг, по 1 мг, по 5 мг; по 10 капсул твердих у блістері; по 5 або по 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277223-22/3-45 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН, капсули тверді, по 0,5 мг, по 1 мг, по 5 мг; по 10 капсул твердих у блістері; по 5 або по 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277223-22/3-45 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН, капсули тверді, по 0,5 мг, по 1 мг, по 5 мг; по 10 капсул твердих у блістері; по 5 або по 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277223-22/3-45 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАКПАН, капсули тверді, по 0,5 мг, по 1 мг, по 5 мг; по 10 капсул твердих у блістері; по 5 або по 6 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Панацея Біотек Фарма Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274940-22/3-137, 274941-22/3-137, 274942-22/3-137 від 04.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАМІСТЕР, капсули тверді; по 30 або по 90 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274940-22/З-137, 274941-22/З-137, 274942-22/З-137 від 04.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАМІСТЕР, капсули тверді; по 30 або по 90 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274940-22/З-137, 274941-22/З-137, 274942-22/З-137 від 04.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАМІСТЕР, капсули тверді; по 30 або по 90 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277363-22/В-28 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАМСУЛОЗИНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277363-22/В-28 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАМСУЛОЗИНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277363-22/В-28 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАМСУЛОЗИНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Технолог", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277705-22/В-138 від 06.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕТ 36.6® З АРОМАТОМ АКАЦІЇ, порошок для орального розчину, по 13,1 г в саше-пакеті; по 5 або 10 саше-пакетів у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277705-22/В-138 від 06.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕТ 36.6® З АРОМАТОМ АКАЦІЇ, порошок для орального розчину, по 13,1 г в саше-пакеті; по 5 або 10 саше-пакетів у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277705-22/В-138 від 06.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕТ 36.6® З АРОМАТОМ АКАЦІЇ, порошок для орального розчину, по 13,1 г в саше-пакеті; по 5 або 10 саше-пакетів у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277641-22/В-138 від 06.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕТ 36.6® З АРОМАТОМ ЛИМОНУ, порошок для орального розчину, по 13,1 г у саше-пакеті; по 5 або 10 саше-пакетів у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277641-22/В-138 від 06.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕТ 36.6® З АРОМАТОМ ЛИМОНУ, порошок для орального розчину, по 13,1 г у саше-пакеті; по 5 або 10 саше-пакетів у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277641-22/В-138 від 06.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕТ 36.6® З АРОМАТОМ ЛИМОНУ, порошок для орального розчину, по 13,1 г у саше-пакеті; по 5 або 10 саше-пакетів у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277570-22/В-138, 277571-22/В-138 від 05.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕТ 36.6® МАКСІ З АРОМАТОМ ЛИМОНУ, порошок для орального розчину; по 23 г у саше-пакеті, по 5 або 10 саше-пакетів у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277570-22/В-138, 277571-22/В-138 від 05.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕТ 36.6® МАКСІ З АРОМАТОМ ЛИМОНУ, порошок для орального розчину; по 23 г у саше-пакеті, по 5 або 10 саше-пакетів у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277570-22/В-138, 277571-22/В-138 від 05.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕТ 36.6® МАКСІ З АРОМАТОМ ЛИМОНУ, порошок для орального розчину; по 23 г у саше-пакеті, по 5 або 10 саше-пакетів у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277658-22/В-138, 277659-22/В-138 від 06.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕТ 36.6® МАКСІ З АРОМАТОМ МАЛИНИ, порошок для орального розчину, по 23 г у саше-пакеті; по 5 або 10 саше-пакетів у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277658-22/В-138, 277659-22/В-138 від 06.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕТ 36.6® МАКСІ З АРОМАТОМ МАЛИНИ, порошок для орального розчину, по 23 г у саше-пакеті; по 5 або 10 саше-пакетів у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277658-22/В-138, 277659-22/В-138 від 06.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕТ 36.6® МАКСІ З АРОМАТОМ МАЛИНИ, порошок для орального розчину, по 23 г у саше-пакеті; по 5 або 10 саше-пакетів у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277703-22/В-138, 277704-22/В-138 від 06.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕТ 36.6® РАПІД З АРОМАТОМ АКАЦІЇ, порошок для орального розчину, по 23 г в саше-пакеті; по 5 або 10 саше-пакетів у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277703-22/B-138, 277704-22/B-138 від 06.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕТ 36.6® РАПІД З АРОМАТОМ АКАЦІЇ, порошок для орального розчину, по 23 г в саше-пакеті; по 5 або 10 саше-пакетів у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277703-22/B-138, 277704-22/B-138 від 06.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕТ 36.6® РАПІД З АРОМАТОМ АКАЦІЇ, порошок для орального розчину, по 23 г в саше-пакеті; по 5 або 10 саше-пакетів у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277663-22/В-138, 277664-22/В-138 від 06.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕТ 36.6® РАПІД З АРОМАТОМ ЛИМОНУ, порошок для орального розчину, по 23 г у саше-пакеті; по 5 або 10 саше-пакетів у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277663-22/В-138, 277664-22/В-138 від 06.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕТ 36.6® РАПІД З АРОМАТОМ ЛИМОНУ, порошок для орального розчину, по 23 г у саше-пакеті; по 5 або 10 саше-пакетів у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277663-22/B-138, 277664-22/B-138 від 06.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕТ 36.6® РАПІД З АРОМАТОМ ЛИМОНУ, порошок для орального розчину, по 23 г у саше-пакеті; по 5 або 10 саше-пакетів у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278596-22/В-28 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИНІДАЗОЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278596-22/В-28 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИНІДАЗОЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278596-22/В-28 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИНІДАЗОЛ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275670-22/3-123, 275671-22/3-123, 275672-22/3-123 від 20.05.2022**
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	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275670-22/З-123, 275671-22/З-123, 275672-22/З-123 від 20.05.2022**
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	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275670-22/З-123, 275671-22/З-123, 275672-22/З-123 від 20.05.2022**
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	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278526-22/В-137 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІАРА СОЛО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці;** **по 160 мг, по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 або по 6 контурних чарункових упаковок у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278526-22/В-137 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІАРА СОЛО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці;** **по 160 мг, по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 або по 6 контурних чарункових упаковок у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278526-22/В-137 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІАРА СОЛО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці;** **по 160 мг, по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 або по 6 контурних чарункових упаковок у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278526-22/В-137 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІАРА СОЛО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці;** **по 160 мг, по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 або по 6 контурних чарункових упаковок у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278526-22/В-137 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІАРА СОЛО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці;** **по 160 мг, по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 або по 6 контурних чарункових упаковок у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278526-22/В-137 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІАРА СОЛО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці;** **по 160 мг, по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 або по 6 контурних чарункових упаковок у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278359-22/В-137 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІВАРГІН-Н, розчин для інфузій, 42 мг/мл; по 100 мл у флаконі, по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278359-22/В-137 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІВАРГІН-Н, розчин для інфузій, 42 мг/мл; по 100 мл у флаконі, по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278359-22/В-137 від 22.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІВАРГІН-Н, розчин для інфузій, 42 мг/мл; по 100 мл у флаконі, по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279516-22/В-92 від 12.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИКАРДИН СЕРЦЕВІ КРАПЛІ, краплі оральні; по 25 мл у скляному флаконі-крапельниці або у флаконі полімерному з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці; по 25 мл у скляному флаконі з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці; по 50 мл у флаконах скляних або у флаконах полімерних з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці; по 50 мл у скляному флаконі з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ТОВ "Тернофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279516-22/В-92 від 12.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИКАРДИН СЕРЦЕВІ КРАПЛІ, краплі оральні; по 25 мл у скляному флаконі-крапельниці або у флаконі полімерному з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці; по 25 мл у скляному флаконі з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці; по 50 мл у флаконах скляних або у флаконах полімерних з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці; по 50 мл у скляному флаконі з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ТОВ "Тернофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279516-22/B-92 від 12.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИКАРДИН СЕРЦЕВІ КРАПЛІ, краплі оральні; по 25 мл у скляному флаконі-крапельниці або у флаконі полімерному з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці; по 25 мл у скляному флаконі з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці; по 50 мл у флаконах скляних або у флаконах полімерних з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці; по 50 мл у скляному флаконі з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ТОВ "Тернофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279170-22/B-121 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИОСИЛ®, таблетки, вкриті оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 3, 5 або 10 блістерів у пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279170-22/B-121 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИОСИЛ®, таблетки, вкриті оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 3, 5 або 10 блістерів у пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279170-22/В-121 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИОСИЛ®, таблетки, вкриті оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 3, 5 або 10 блістерів у пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277327-22/В-138 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИЦИТРОН ЕКСТРА, порошок для орального розчину, по 1 саше; по 10 або 30 саше у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277327-22/В-138 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИЦИТРОН ЕКСТРА, порошок для орального розчину, по 1 саше; по 10 або 30 саше у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277327-22/В-138 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРИЦИТРОН ЕКСТРА, порошок для орального розчину, по 1 саше; по 10 або 30 саше у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265374-21/3-66 від 29.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УПЕЛВА СПАГ. ПЄКА, Краплі оральні по 30 мл, 50 мл у флаконі з крапельним дозатором; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**ПЕКАНА Натурхайльміттель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265374-21/3-66 від 29.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УПЕЛВА СПАГ. ПЄКА, Краплі оральні по 30 мл, 50 мл у флаконі з крапельним дозатором; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**ПЕКАНА Натурхайльміттель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**265374-21/3-66 від 29.09.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УПЕЛВА СПАГ. ПЄКА, Краплі оральні по 30 мл, 50 мл у флаконі з крапельним дозатором; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**ПЕКАНА Натурхайльміттель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277440-22/З-137 від 30.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРОБУТИН, таблетки, 5 мг;** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277440-22/З-137 від 30.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРОБУТИН, таблетки, 5 мг;** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277440-22/З-137 від 30.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРОБУТИН, таблетки, 5 мг;** **по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277439-22/З-116 від 30.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОЛІЗИН, капсули по 300 мг; по 150 мг по 10 капсул у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Магіс Фармасьютічі С.р.л., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277439-22/3-116 від 30.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОЛІЗИН, капсули по 300 мг; по 150 мг по 10 капсул у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Магіс Фармасьютічі С.р.л., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277439-22/3-116 від 30.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОЛІЗИН, капсули по 300 мг; по 150 мг по 10 капсул у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Магіс Фармасьютічі С.р.л., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277439-22/З-116 від 30.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОЛІЗИН, капсули по 300 мг; по 150 мг по 10 капсул у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Магіс Фармасьютічі С.р.л., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277439-22/3-116 від 30.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОЛІЗИН, капсули по 300 мг; по 150 мг по 10 капсул у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Магіс Фармасьютічі С.р.л., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277439-22/3-116 від 30.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОЛІЗИН, капсули по 300 мг; по 150 мг по 10 капсул у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Магіс Фармасьютічі С.р.л., Італія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274878-22/3-97 від 03.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УТРОЖЕСТАН®, капсули по 200 мг, по 7 капсул у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Безен Хелскеа СА, Бельгія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274878-22/3-97 від 03.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УТРОЖЕСТАН®, капсули по 200 мг, по 7 капсул у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Безен Хелскеа СА, Бельгія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274878-22/3-97 від 03.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УТРОЖЕСТАН®, капсули по 200 мг, по 7 капсул у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Безен Хелскеа СА, Бельгія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274873-22/3-97 від 03.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УТРОЖЕСТАН®, капсули по 100 мг, по 15 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Безен Хелскеа СА, Бельгія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274873-22/3-97 від 03.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УТРОЖЕСТАН®, капсули по 100 мг, по 15 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Безен Хелскеа СА, Бельгія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274873-22/3-97 від 03.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УТРОЖЕСТАН®, капсули по 100 мг, по 15 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Безен Хелскеа СА, Бельгія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278580-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЗЛОДЕКС, розчин для ін'єкцій, 250 мг/5 мл по 5 мл розчину в попередньо заповненому скляному шприці з контролем першого відкриття; по 2 попередньо заповнені шприци в контурній чарунковій упаковці з двома безпечними голками «BD SafetyGlide™»; по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278580-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЗЛОДЕКС, розчин для ін'єкцій, 250 мг/5 мл по 5 мл розчину в попередньо заповненому скляному шприці з контролем першого відкриття; по 2 попередньо заповнені шприци в контурній чарунковій упаковці з двома безпечними голками «BD SafetyGlide™»; по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278580-22/3-121 від 27.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЗЛОДЕКС, розчин для ін'єкцій, 250 мг/5 мл по 5 мл розчину в попередньо заповненому скляному шприці з контролем першого відкриття; по 2 попередньо заповнені шприци в контурній чарунковій упаковці з двома безпечними голками «BD SafetyGlide™»; по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА ЮК Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**269393-21/3-45 від 06.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЛВАКС, розчин для ін'єкцій, 250 мг/5 мл; по 5 мл у попередньо наповненому шприці; по 2 попередньо наповнених шприца разом з двома безпечними голками в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**269393-21/3-45 від 06.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЛВАКС, розчин для ін'єкцій, 250 мг/5 мл; по 5 мл у попередньо наповненому шприці; по 2 попередньо наповнених шприца разом з двома безпечними голками в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**269393-21/3-45 від 06.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЛВАКС, розчин для ін'єкцій, 250 мг/5 мл; по 5 мл у попередньо наповненому шприці; по 2 попередньо наповнених шприца разом з двома безпечними голками в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275218-22/В-06 від 11.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАРМАЛІПОН, розчин для інфузій, 30 мг/мл; по 20 мл у флаконі; по 5 флаконів у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю фірма "Новофарм-Біосинтез", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275218-22/B-06 від 11.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАРМАЛІПОН, розчин для інфузій, 30 мг/мл; по 20 мл у флаконі; по 5 флаконів у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю фірма "Новофарм-Біосинтез", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275218-22/B-06 від 11.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАРМАЛІПОН, розчин для інфузій, 30 мг/мл; по 20 мл у флаконі; по 5 флаконів у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю фірма "Новофарм-Біосинтез", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274725-22/3-28 від 27.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕМОСТОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг/10 мг; комбі-упаковка № 28 (28х1); № 56 (28х2); № 84 (28х3): 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, білого кольору по 1 мг + 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, сірого кольору по 1 мг/10 мг у блістері; по 1 або 2, або 3 блістери в коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг/10 мг; комбі-упаковка № 28 (28х1); № 56 (28х2); № 84 (28х3): 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, цегляно-червоного кольору по 2 мг + 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, жовтого кольору по 2 мг/10 мг у блістері; по 1 або 2, або 3 блістери в коробці**
Заявник	**Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274725-22/3-28 від 27.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕМОСТОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг/10 мг; комбі-упаковка № 28 (28х1); № 56 (28х2); № 84 (28х3): 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, білого кольору по 1 мг + 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, сірого кольору по 1 мг/10 мг у блістері; по 1 або 2, або 3 блістери в коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг/10 мг; комбі-упаковка № 28 (28х1); № 56 (28х2); № 84 (28х3): 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, цегляно-червоного кольору по 2 мг + 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, жовтого кольору по 2 мг/10 мг у блістері; по 1 або 2, або 3 блістери в коробці**
Заявник	**Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274725-22/3-28 від 27.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕМОСТОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг/10 мг; комбі-упаковка № 28 (28х1); № 56 (28х2); № 84 (28х3): 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, білого кольору по 1 мг + 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, сірого кольору по 1 мг/10 мг у блістері; по 1 або 2, або 3 блістери в коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг/10 мг; комбі-упаковка № 28 (28х1); № 56 (28х2); № 84 (28х3): 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, цегляно-червоного кольору по 2 мг + 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, жовтого кольору по 2 мг/10 мг у блістері; по 1 або 2, або 3 блістери в коробці**
Заявник	**Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274725-22/3-28 від 27.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕМОСТОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг/10 мг; комбі-упаковка № 28 (28х1); № 56 (28х2); № 84 (28х3): 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, білого кольору по 1 мг + 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, сірого кольору по 1 мг/10 мг у блістері; по 1 або 2, або 3 блістери в коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг/10 мг; комбі-упаковка № 28 (28х1); № 56 (28х2); № 84 (28х3): 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, цегляно-червоного кольору по 2 мг + 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, жовтого кольору по 2 мг/10 мг у блістері; по 1 або 2, або 3 блістери в коробці**
Заявник	**Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274725-22/3-28 від 27.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕМОСТОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг/10 мг; комбі-упаковка № 28 (28х1); № 56 (28х2); № 84 (28х3): 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, білого кольору по 1 мг + 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, сірого кольору по 1 мг/10 мг у блістері; по 1 або 2, або 3 блістери в коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг/10 мг; комбі-упаковка № 28 (28х1); № 56 (28х2); № 84 (28х3): 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, цегляно-червоного кольору по 2 мг + 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, жовтого кольору по 2 мг/10 мг у блістері; по 1 або 2, або 3 блістери в коробці**
Заявник	**Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274725-22/3-28 від 27.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕМОСТОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг/10 мг; комбі-упаковка № 28 (28х1); № 56 (28х2); № 84 (28х3): 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, білого кольору по 1 мг + 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, сірого кольору по 1 мг/10 мг у блістері; по 1 або 2, або 3 блістери в коробці** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг/10 мг; комбі-упаковка № 28 (28х1); № 56 (28х2); № 84 (28х3): 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, цегляно-червоного кольору по 2 мг + 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, жовтого кольору по 2 мг/10 мг у блістері; по 1 або 2, або 3 блістери в коробці**
Заявник	**Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274722-22/3-28 від 27.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕМОСТОН® КОНТІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг/5 мг по 28 таблеток у блістері; по 1, або 2, або 3 блістери в коробці**
Заявник	**Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274722-22/3-28 від 27.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕМОСТОН® КОНТІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг/5 мг по 28 таблеток у блістері; по 1, або 2, або 3 блістери в коробці**
Заявник	**Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274722-22/3-28 від 27.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕМОСТОН® КОНТІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг/5 мг по 28 таблеток у блістері; по 1, або 2, або 3 блістери в коробці**
Заявник	**Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274723-22/3-28 від 27.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕМОСТОН® КОНТІ МІНІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,5 мг/2,5 мг по 28 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274723-22/3-28 від 27.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕМОСТОН® КОНТІ МІНІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,5 мг/2,5 мг по 28 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274723-22/3-28 від 27.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕМОСТОН® КОНТІ МІНІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,5 мг/2,5 мг по 28 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278048-22/З-118, 279081-22/З-132 від 15.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год або по 25 мкг/год або по 50 мкг/год або по 75 мкг/год або 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**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278048-22/З-118, 279081-22/З-132 від 15.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год або по 25 мкг/год або по 50 мкг/год або по 75 мкг/год або 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**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278048-22/З-118, 279081-22/З-132 від 15.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год або по 25 мкг/год або по 50 мкг/год або по 75 мкг/год або 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**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278048-22/З-118, 279081-22/З-132 від 15.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год або по 25 мкг/год або по 50 мкг/год або по 75 мкг/год або 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**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278048-22/З-118, 279081-22/З-132 від 15.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год або по 25 мкг/год або по 50 мкг/год або по 75 мкг/год або 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**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278048-22/З-118, 279081-22/З-132 від 15.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год або по 25 мкг/год або по 50 мкг/год або по 75 мкг/год або 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**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278048-22/З-118, 279081-22/З-132 від 15.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год або по 25 мкг/год або по 50 мкг/год або по 75 мкг/год або 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**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278048-22/З-118, 279081-22/З-132 від 15.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год або по 25 мкг/год або по 50 мкг/год або по 75 мкг/год або 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**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278048-22/З-118, 279081-22/З-132 від 15.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год або по 25 мкг/год або по 50 мкг/год або по 75 мкг/год або 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**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278048-22/З-118, 279081-22/З-132 від 15.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год або по 25 мкг/год або по 50 мкг/год або по 75 мкг/год або 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**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278048-22/З-118, 279081-22/З-132 від 15.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год або по 25 мкг/год або по 50 мкг/год або по 75 мкг/год або 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**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278048-22/З-118, 279081-22/З-132 від 15.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год або по 25 мкг/год або по 50 мкг/год або по 75 мкг/год або 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**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278048-22/З-118, 279081-22/З-132 від 15.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год або по 25 мкг/год або по 50 мкг/год або по 75 мкг/год або 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**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278048-22/З-118, 279081-22/З-132 від 15.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год або по 25 мкг/год або по 50 мкг/год або по 75 мкг/год або 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**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278048-22/З-118, 279081-22/З-132 від 15.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАВЕРА 12 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 25 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 50 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 75 МКГ/ГОД, ФЕНТАВЕРА 100 МКГ/ГОД, пластир трансдермальний по 12 мкг/год або по 25 мкг/год або по 50 мкг/год або по 75 мкг/год або 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**
Заявник	**Асіно АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279255-22/В-130 від 09.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФІНАЛГОН®, мазь** **по 20 г у тубі; по 1 тубі у комплекті з аплікатором у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279255-22/В-130 від 09.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФІНАЛГОН®, мазь по 20 г у тубі; по 1 тубі у комплекті з аплікатором у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279255-22/В-130 від 09.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФІНАЛГОН®, мазь по 20 г у тубі; по 1 тубі у комплекті з аплікатором у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274188-22/В-137 від 07.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФІНЛЕПСИН® 200 РЕТАРД, таблетки пролонгованої дії по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 5 або 10, або 20 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274188-22/В-137 від 07.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФІНЛЕПСИН® 200 РЕТАРД, таблетки пролонгованої дії по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 5 або 10, або 20 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274188-22/В-137 від 07.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФІНЛЕПСИН® 200 РЕТАРД, таблетки пролонгованої дії по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 5 або 10, або 20 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**269921-21/B-60 від 14.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ , кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**269921-21/B-60 від 14.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ , кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**269921-21/B-60 від 14.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ , кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278297-22/B-92, 278298-22/B-92 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ДАРНИЦЯ, розчин для інфузій, 2 мг/мл; по 100 мл у флаконах; по 100 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278297-22/B-92, 278298-22/B-92 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ДАРНИЦЯ, розчин для інфузій, 2 мг/мл; по 100 мл у флаконах; по 100 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278297-22/B-92, 278298-22/B-92 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ДАРНИЦЯ, розчин для інфузій, 2 мг/мл; по 100 мл у флаконах; по 100 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278294-22/В-92, 278295-22/В-92, 278296-22/В-92 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ДАРНИЦЯ, капсули по 50 мг, по 100 мг, по 10 капсул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; по 150 мг, по 1 капсулі у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; по 1 капсулі у контурній чарунковій упаковці; по 2 або 3 контурні чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278294-22/В-92, 278295-22/В-92, 278296-22/В-92 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ДАРНИЦЯ, капсули по 50 мг, по 100 мг, по 10 капсул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; по 150 мг, по 1 капсулі у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; по 1 капсулі у контурній чарунковій упаковці; по 2 або 3 контурні чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278294-22/B-92, 278295-22/B-92, 278296-22/B-92 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ДАРНИЦЯ, капсули по 50 мг, по 100 мг, по 10 капсул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; по 150 мг, по 1 капсулі у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; по 1 капсулі у контурній чарунковій упаковці; по 2 або 3 контурні чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278294-22/В-92, 278295-22/В-92, 278296-22/В-92 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ДАРНИЦЯ, капсули по 50 мг, по 100 мг, по 10 капсул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; по 150 мг, по 1 капсулі у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; по 1 капсулі у контурній чарунковій упаковці; по 2 або 3 контурні чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278294-22/В-92, 278295-22/В-92, 278296-22/В-92 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ДАРНИЦЯ, капсули по 50 мг, по 100 мг, по 10 капсул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; по 150 мг, по 1 капсулі у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; по 1 капсулі у контурній чарунковій упаковці; по 2 або 3 контурні чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278294-22/B-92, 278295-22/B-92, 278296-22/B-92 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ДАРНИЦЯ, капсули по 50 мг, по 100 мг, по 10 капсул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; по 150 мг, по 1 капсулі у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; по 1 капсулі у контурній чарунковій упаковці; по 2 або 3 контурні чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278294-22/В-92, 278295-22/В-92, 278296-22/В-92 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ДАРНИЦЯ, капсули по 50 мг, по 100 мг, по 10 капсул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; по 150 мг, по 1 капсулі у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; по 1 капсулі у контурній чарунковій упаковці; по 2 або 3 контурні чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278294-22/В-92, 278295-22/В-92, 278296-22/В-92 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ДАРНИЦЯ, капсули по 50 мг, по 100 мг, по 10 капсул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; по 150 мг, по 1 капсулі у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; по 1 капсулі у контурній чарунковій упаковці; по 2 або 3 контурні чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278294-22/B-92, 278295-22/B-92, 278296-22/B-92 від 21.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ДАРНИЦЯ, капсули по 50 мг, по 100 мг, по 10 капсул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; по 150 мг, по 1 капсулі у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці; по 1 капсулі у контурній чарунковій упаковці; по 2 або 3 контурні чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274118-22/3-137 від 05.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг та 100 мг: по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 150 мг: по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 200 мг: по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274118-22/3-137 від 05.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг та 100 мг: по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 150 мг: по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 200 мг: по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274118-22/3-137 від 05.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг та 100 мг: по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 150 мг: по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 200 мг: по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274118-22/3-137 від 05.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг та 100 мг: по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 150 мг: по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 200 мг: по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274118-22/3-137 від 05.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг та 100 мг: по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 150 мг: по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 200 мг: по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274118-22/3-137 від 05.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг та 100 мг: по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 150 мг: по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 200 мг: по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274118-22/3-137 від 05.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг та 100 мг: по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 150 мг: по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 200 мг: по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274118-22/3-137 від 05.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг та 100 мг: по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 150 мг: по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 200 мг: по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274118-22/3-137 від 05.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг та 100 мг: по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 150 мг: по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 200 мг: по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274118-22/3-137 від 05.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг та 100 мг: по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 150 мг: по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 200 мг: по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274118-22/3-137 від 05.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг та 100 мг: по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 150 мг: по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 200 мг: по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**274118-22/3-137 від 05.04.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг та 100 мг: по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 150 мг: по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; капсули тверді по 200 мг: по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці**
Заявник	**ТОВ "Тева Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279874-22/В-66 від 18.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУОЦИНОЛОНУ АЦЕТОНІД, порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279874-22/В-66 від 18.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУОЦИНОЛОНУ АЦЕТОНІД, порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279874-22/B-66 від 18.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУОЦИНОЛОНУ АЦЕТОНІД, порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278769-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРКСІГА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278769-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРКСІГА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278769-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРКСІГА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278769-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРКСІГА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278769-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРКСІГА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278769-22/3-123 від 01.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРКСІГА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279073-22/3-39 від 04.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУЦИС® ДТ, таблетки диспергованi, по 50 мг по 4 таблетки у стрипі або блістері, по 1 стрипу або блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279073-22/3-39 від 04.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУЦИС® ДТ, таблетки диспергован і, по 50 мг по 4 таблетки у стрипі або блістері, по 1 стрипу або блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279073-22/3-39 від 04.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУЦИС® ДТ, таблетки диспергован і, по 50 мг по 4 таблетки у стрипі або блістері, по 1 стрипу або блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**269778-21/3-96, 269779-21/3-96, 269780-21/3-96, 269781-21/3-96 від 13.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ® - АМ, капсули по 5 мг/5 мг або по 10 мг/10 мг, по 7 капсул у блістері; по 4 або по 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**269778-21/3-96, 269779-21/3-96, 269780-21/3-96, 269781-21/3-96 від 13.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ® - АМ, капсули по 5 мг/5 мг або по 10 мг/10 мг, по 7 капсул у блістері; по 4 або по 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**269778-21/3-96, 269779-21/3-96, 269780-21/3-96, 269781-21/3-96 від 13.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ® - АМ, капсули по 5 мг/5 мг або по 10 мг/10 мг, по 7 капсул у блістері; по 4 або по 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**269778-21/3-96, 269779-21/3-96, 269780-21/3-96, 269781-21/3-96 від 13.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ® - АМ, капсули по 5 мг/5 мг або по 10 мг/10 мг, по 7 капсул у блістері; по 4 або по 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**269778-21/3-96, 269779-21/3-96, 269780-21/3-96, 269781-21/3-96 від 13.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ® - АМ, капсули по 5 мг/5 мг або по 10 мг/10 мг, по 7 капсул у блістері; по 4 або по 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**269778-21/3-96, 269779-21/3-96, 269780-21/3-96, 269781-21/3-96 від 13.12.2021**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАРТИЛ® - АМ, капсули по 5 мг/5 мг або по 10 мг/10 мг, по 7 капсул у блістері; по 4 або по 8 блістерів у картонній упаковці; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277311-22/З-134 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІЛО-КЕА®, краплі очні по 10 мл у багатодозовому контейнері з повітронепроникним насосом та ковпачком; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277311-22/З-134 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІЛО-КЕА®, краплі очні по 10 мл у багатодозовому контейнері з повітронепроникним насосом та ковпачком; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277311-22/З-134 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІЛО-КЕА®, краплі очні по 10 мл у багатодозовому контейнері з повітронепроникним насосом та ковпачком; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
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	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277320-22/3-134 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІЛО-КОМОД® , краплі очні, 1 мг/мл по 10 мл у багатодозовому контейнері, оснащеному повітронепроникним насосом та закритому ковпачком; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277320-22/3-134 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІЛО-КОМОД® , краплі очні, 1 мг/мл по 10 мл у багатодозовому контейнері, оснащеному повітронепроникним насосом та закритому ковпачком; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277320-22/3-134 від 29.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІЛО-КОМОД® , краплі очні, 1 мг/мл по 10 мл у багатодозовому контейнері, оснащеному повітронепроникним насосом та закритому ковпачком; по 1 контейнеру в картонній коробці**
Заявник	**УРСАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276749-22/В-100 від 16.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІМОТРИПСИН КРИСТАЛІЧНИЙ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 0,01 г; 5 флаконів з ліофілізатом у блістері; по 2 блістери у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276749-22/В-100 від 16.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІМОТРИПСИН КРИСТАЛІЧНИЙ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 0,01 г; 5 флаконів з ліофілізатом у блістері; по 2 блістери у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**276749-22/В-100 від 16.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХІМОТРИПСИН КРИСТАЛІЧНИЙ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 0,01 г; 5 флаконів з ліофілізатом у блістері; по 2 блістери у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279127-22/В-134 від 05.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХОНДРОІТИН® КОМПЛЕКС, капсули по 30 або 60 капсул у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; по 6 капсул у блістері; по 5 або 10 блістерів у пачці. Маркування українською мовою.**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279127-22/В-134 від 05.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХОНДРОІТИН® КОМПЛЕКС, капсули по 30 або 60 капсул у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; по 6 капсул у блістері; по 5 або 10 блістерів у пачці. Маркування українською мовою.**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279127-22/В-134 від 05.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХОНДРОІТИН® КОМПЛЕКС, капсули по 30 або 60 капсул у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; по 6 капсул у блістері; по 5 або 10 блістерів у пачці. Маркування українською мовою.**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279176-22/В-121 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХОНДРОІТИН®-ФІТОФАРМ, емульгель для зовнішнього застосування, 5%;** **по 25 г або 40 г у тубі, по 1 тубі в пачці з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279176-22/В-121 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХОНДРОІТИН®-ФІТОФАРМ, емульгель для зовнішнього застосування, 5%;** **по 25 г або 40 г у тубі, по 1 тубі в пачці з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279176-22/В-121 від 08.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХОНДРОІТИН®-ФІТОФАРМ, емульгель для зовнішнього застосування, 5%;** **по 25 г або 40 г у тубі, по 1 тубі в пачці з маркуванням українською мовою;**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279699-22/B-61 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХОНДРОЇТИН СУЛЬФАТ НАТРІЮ, порошок (субстанція) у подвійних пакетах з поліетилену для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279699-22/B-61 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХОНДРОЇТИН СУЛЬФАТ НАТРІЮ, порошок (субстанція) у подвійних пакетах з поліетилену для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279699-22/B-61 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХОНДРОЇТИН СУЛЬФАТ НАТРІЮ, порошок (субстанція) у подвійних пакетах з поліетилену для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279713-22/B-60 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХОНДРОЇТИН СУЛЬФАТ НАТРІЮ ВРХ ДЛЯ ОРАЛЬНИХ ФОРМ, порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного використання;**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279713-22/B-60 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХОНДРОЇТИН СУЛЬФАТ НАТРІЮ ВРХ ДЛЯ ОРАЛЬНИХ ФОРМ, порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного використання;**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279713-22/B-60 від 16.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХОНДРОЇТИН СУЛЬФАТ НАТРІЮ ВРХ ДЛЯ ОРАЛЬНИХ ФОРМ, порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного використання;**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279451-22/B-96, 279453-22/B-96, 279454-22/B-96 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФАЗОЛІН-БХФЗ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг; 1 флакон з порошком; 1 флакон з порошком у пачці з картону; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 5 мл в пачці з картонною перегородкою.** **порошок для розчину для ін'єкцій або по 1000 мг;** **1 флакон з порошком; 1 флакон з порошком у пачці з картону; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 5 мл або по 10 мл в пачці з картонною перегородкою**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279451-22/В-96, 279453-22/В-96, 279454-22/В-96 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФАЗОЛІН-БХФЗ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг; 1 флакон з порошком; 1 флакон з порошком у пачці з картону; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 5 мл в пачці з картонною перегородкою. порошок для розчину для ін'єкцій або по 1000 мг; 1 флакон з порошком; 1 флакон з порошком у пачці з картону; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 5 мл або по 10 мл в пачці з картонною перегородкою**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279451-22/B-96, 279453-22/B-96, 279454-22/B-96 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФАЗОЛІН-БХФЗ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг; 1 флакон з порошком; 1 флакон з порошком у пачці з картону; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 5 мл в пачці з картонною перегородкою. порошок для розчину для ін'єкцій або по 1000 мг; 1 флакон з порошком; 1 флакон з порошком у пачці з картону; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 5 мл або по 10 мл в пачці з картонною перегородкою**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279451-22/B-96, 279453-22/B-96, 279454-22/B-96 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФАЗОЛІН-БХФЗ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг; 1 флакон з порошком; 1 флакон з порошком у пачці з картону; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 5 мл в пачці з картонною перегородкою.** **порошок для розчину для ін'єкцій або по 1000 мг;** **1 флакон з порошком; 1 флакон з порошком у пачці з картону; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 5 мл або по 10 мл в пачці з картонною перегородкою**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279451-22/В-96, 279453-22/В-96, 279454-22/В-96 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФАЗОЛІН-БХФЗ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг; 1 флакон з порошком; 1 флакон з порошком у пачці з картону; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 5 мл в пачці з картонною перегородкою. порошок для розчину для ін'єкцій або по 1000 мг; 1 флакон з порошком; 1 флакон з порошком у пачці з картону; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 5 мл або по 10 мл в пачці з картонною перегородкою**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279451-22/B-96, 279453-22/B-96, 279454-22/B-96 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФАЗОЛІН-БХФЗ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг; 1 флакон з порошком; 1 флакон з порошком у пачці з картону; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 5 мл в пачці з картонною перегородкою. порошок для розчину для ін'єкцій або по 1000 мг; 1 флакон з порошком; 1 флакон з порошком у пачці з картону; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 5 мл або по 10 мл в пачці з картонною перегородкою**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279595-22/3-92 від 15.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приготування розчину для ін`єкцій, 500 мг/500 мг або 1000 мг/1000 мг; по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з картону; in bulk: по 10 флаконів з порошком у груповій тарі з картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279595-22/3-92 від 15.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приготування розчину для ін`єкцій, 500 мг/500 мг або 1000 мг/1000 мг; по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з картону; in bulk: по 10 флаконів з порошком у груповій тарі з картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279595-22/3-92 від 15.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приготування розчину для ін`єкцій, 500 мг/500 мг або 1000 мг/1000 мг; по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з картону; in bulk: по 10 флаконів з порошком у груповій тарі з картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279595-22/3-92 від 15.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приготування розчину для ін`єкцій, 500 мг/500 мг або 1000 мг/1000 мг; по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з картону; in bulk: по 10 флаконів з порошком у груповій тарі з картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279595-22/3-92 від 15.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приготування розчину для ін`єкцій, 500 мг/500 мг або 1000 мг/1000 мг; по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з картону; in bulk: по 10 флаконів з порошком у груповій тарі з картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279595-22/3-92 від 15.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приготування розчину для ін`єкцій, 500 мг/500 мг або 1000 мг/1000 мг; по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з картону; in bulk: по 10 флаконів з порошком у груповій тарі з картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279595-22/3-92 від 15.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приготування розчину для ін`єкцій, 500 мг/500 мг або 1000 мг/1000 мг; по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з картону; in bulk: по 10 флаконів з порошком у груповій тарі з картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279595-22/3-92 від 15.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приготування розчину для ін`єкцій, 500 мг/500 мг або 1000 мг/1000 мг; по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з картону; in bulk: по 10 флаконів з порошком у груповій тарі з картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279595-22/3-92 від 15.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приготування розчину для ін`єкцій, 500 мг/500 мг або 1000 мг/1000 мг; по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з картону; in bulk: по 10 флаконів з порошком у груповій тарі з картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279595-22/3-92 від 15.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приготування розчину для ін`єкцій, 500 мг/500 мг або 1000 мг/1000 мг; по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з картону; in bulk: по 10 флаконів з порошком у груповій тарі з картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279595-22/3-92 від 15.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приготування розчину для ін`єкцій, 500 мг/500 мг або 1000 мг/1000 мг; по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з картону; in bulk: по 10 флаконів з порошком у груповій тарі з картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279595-22/3-92 від 15.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТАМ, порошок для приготування розчину для ін`єкцій, 500 мг/500 мг або 1000 мг/1000 мг; по 1 або по 5, або по 10 флаконів з порошком у пачці з картону; in bulk: по 10 флаконів з порошком у груповій тарі з картону**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279458-22/B-61, 279459-22/B-61, 279460-22/B-61 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОТАКСИМ-БХФЗ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1000 мг флакон № 1 (без пачки): по 55 флаконів з порошком у коробці; флакон № 1 (у пачці): по 1 флакону з порошком у пачці; флакон № 1 (у пачці): 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл в ампулі в пачці з картонною перегородкою**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279458-22/В-61, 279459-22/В-61, 279460-22/В-61 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОТАКСИМ-БХФЗ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1000 мг флакон № 1 (без пачки): по 55 флаконів з порошком у коробці; флакон № 1 (у пачці): по 1 флакону з порошком у пачці; флакон № 1 (у пачці): 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл в ампулі в пачці з картонною перегородкою**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279458-22/В-61, 279459-22/В-61, 279460-22/В-61 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОТАКСИМ-БХФЗ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1000 мг флакон № 1 (без пачки): по 55 флаконів з порошком у коробці; флакон № 1 (у пачці): по 1 флакону з порошком у пачці; флакон № 1 (у пачці): 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл в ампулі в пачці з картонною перегородкою**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279458-22/B-61, 279459-22/B-61, 279460-22/B-61 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОТАКСИМ-БХФЗ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1000 мг флакон № 1 (без пачки): по 55 флаконів з порошком у коробці; флакон № 1 (у пачці): по 1 флакону з порошком у пачці; флакон № 1 (у пачці): 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл в ампулі в пачці з картонною перегородкою**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279458-22/В-61, 279459-22/В-61, 279460-22/В-61 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОТАКСИМ-БХФЗ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1000 мг флакон № 1 (без пачки): по 55 флаконів з порошком у коробці; флакон № 1 (у пачці): по 1 флакону з порошком у пачці; флакон № 1 (у пачці): 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл в ампулі в пачці з картонною перегородкою**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279458-22/В-61, 279459-22/В-61, 279460-22/В-61 від 11.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОТАКСИМ-БХФЗ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1000 мг флакон № 1 (без пачки): по 55 флаконів з порошком у коробці; флакон № 1 (у пачці): по 1 флакону з порошком у пачці; флакон № 1 (у пачці): 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл в ампулі в пачці з картонною перегородкою**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277203-22/3-66 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФТАЗИДИМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 2000 мг, по 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277203-22/3-66 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФТАЗИДИМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 2000 мг, по 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277203-22/3-66 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФТАЗИДИМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 2000 мг, по 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277203-22/3-66 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФТАЗИДИМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 2000 мг, по 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277203-22/3-66 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФТАЗИДИМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 2000 мг, по 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277203-22/3-66 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФТАЗИДИМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 2000 мг, по 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277203-22/3-66 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФТАЗИДИМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 2000 мг, по 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277203-22/3-66 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФТАЗИДИМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 2000 мг, по 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277203-22/3-66 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФТАЗИДИМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 2000 мг, по 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277203-22/3-66 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФТАЗИДИМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 2000 мг, по 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277203-22/3-66 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФТАЗИДИМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 2000 мг, по 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**277203-22/3-66 від 28.06.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФТАЗИДИМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 2000 мг, по 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**280782-22/B-66 від 07.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИКЛОКУТАН®, лак для нігтів лікувальний, 80 мг/г, по 3 г розчину у флаконі; по 1 флакону у комплекті із 10 шпателів в касеті, тримачем шпателя, тампонами для очищення та пилочками для нігтів у пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**280782-22/B-66 від 07.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИКЛОКУТАН®, лак для нігтів лікувальний, 80 мг/г, по 3 г розчину у флаконі; по 1 флакону у комплекті із 10 шпателів в касеті, тримачем шпателя, тампонами для очищення та пилочками для нігтів у пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**280782-22/B-66 від 07.09.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИКЛОКУТАН®, лак для нігтів лікувальний, 80 мг/г, по 3 г розчину у флаконі; по 1 флакону у комплекті із 10 шпателів в касеті, тримачем шпателя, тампонами для очищення та пилочками для нігтів у пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279524-22/3-96, 279525-22/3-96 від 12.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИКЛОФОСФАМІД САНДОЗ®, порошок для розчину для ін`єкцій або інфузій по 500 мг; по 1 або 2 флакони з порошком у коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279524-22/3-96, 279525-22/3-96 від 12.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИКЛОФОСФАМІД САНДОЗ®, порошок для розчину для ін`єкцій або інфузій по 500 мг; по 1 або 2 флакони з порошком у коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**279524-22/3-96, 279525-22/3-96 від 12.08.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИКЛОФОСФАМІД САНДОЗ®, порошок для розчину для ін`єкцій або інфузій по 500 мг; по 1 або 2 флакони з порошком у коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278476-22/3-138 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИСПЛАТИН-МІЛІ, концентрат для розчину для інфузій, 0,5 мг/мл; по 20 мл (10 мг), або 50 мл (25 мг), або 100 мл (50 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278476-22/3-138 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИСПЛАТИН-МІЛІ, концентрат для розчину для інфузій, 0,5 мг/мл; по 20 мл (10 мг), або 50 мл (25 мг), або 100 мл (50 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**278476-22/3-138 від 26.07.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИСПЛАТИН-МІЛІ, концентрат для розчину для інфузій, 0,5 мг/мл; по 20 мл (10 мг), або 50 мл (25 мг), або 100 мл (50 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275948-22/В-45 від 27.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТРАМОН-ДАРНИЦЯ, таблетки, по 6 або по 10 таблеток у контурних чарункових упаковках; по 6 або по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 10 таблеток в контурній чарунковій упаковці, по 6 або 12 контурних чарункових упаковок в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275948-22/В-45 від 27.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТРАМОН-ДАРНИЦЯ, таблетки, по 6 або по 10 таблеток у контурних чарункових упаковках; по 6 або по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 10 таблеток в контурній чарунковій упаковці, по 6 або 12 контурних чарункових упаковок в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

Реєстраційна форма, дата	**275948-22/В-45 від 27.05.2022**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТРАМОН-ДАРНИЦЯ, таблетки, по 6 або по 10 таблеток у контурних чарункових упаковках; по 6 або по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 10 таблеток в контурній чарунковій упаковці, по 6 або 12 контурних чарункових упаковок в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**03.11.2022 р. № 1982**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	**__.__.2022**	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)