Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360028-26/B-145 від 16.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**L-АРГІНІНУ L-АСПАРТАТ, порошок або гранули (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360028-26/B-145 від 16.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**L-АРГІНІНУ L-АСПАРТАТ, порошок або гранули (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360028-26/B-145 від 16.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**L-АРГІНІНУ L-АСПАРТАТ, порошок або гранули (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354253-26/B-148 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗАПІН, таблетки по 100 мг або по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354253-26/B-148 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗАПІН, таблетки по 100 мг або по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354253-26/B-148 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗАПІН, таблетки по 100 мг або по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354253-26/B-148 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗАПІН, таблетки по 100 мг або по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354253-26/B-148 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗАПІН, таблетки по 100 мг або по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354253-26/B-148 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗАПІН, таблетки по 100 мг або по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356351-26/3-137 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРОМІЦИН-ВІСТА, порошок для розчину для інфузій по 500 мг;** **1 флакон з порошком в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356351-26/3-137 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРОМІЦИН-ВІСТА, порошок для розчину для інфузій по 500 мг;** **1 флакон з порошком в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356351-26/3-137 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИТРОМІЦИН-ВІСТА, порошок для розчину для інфузій по 500 мг;** **1 флакон з порошком в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352330-26/3-132 від 04.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКСИТИНІБ-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг або по 5 мг, по 7 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 8 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352330-26/3-132 від 04.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКСИТИНІБ-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг або по 5 мг, по 7 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 8 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352330-26/3-132 від 04.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКСИТИНІБ-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг або по 5 мг, по 7 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 8 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352330-26/3-132 від 04.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКСИТИНІБ-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг або по 5 мг, по 7 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 8 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352330-26/3-132 від 04.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКСИТИНІБ-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг або по 5 мг, по 7 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 8 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352330-26/3-132 від 04.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКСИТИНІБ-ВІСТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг або по 5 мг, по 7 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 8 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351465-26/3-120 від 14.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТІПРОЛ®, таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці;**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351465-26/3-120 від 14.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТІПРОЛ®, таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці;**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351465-26/3-120 від 14.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТІПРОЛ®, таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці;**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351465-26/3-120 від 14.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТІПРОЛ®, таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці;**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351465-26/3-120 від 14.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТІПРОЛ®, таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці;**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351465-26/3-120 від 14.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТІПРОЛ®, таблетки по 100 мг; таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці;**
Заявник	**Медокемі ЛТД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348580-25/3-117, 348581-25/3-117, 348582-25/3-117, 348583-25/3-117, 348584-25/3-117, 357366-26/3-117 від 25.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЕРІК НЕО, розчин оральний 0,5 мг/мл по 60 мл і 150 мл у пляшці; у комплекті з мірною ложечкою або з мірним шприцом в картонній коробці**
Заявник	**Юнілаб, ЛП, США**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348580-25/3-117, 348581-25/3-117, 348582-25/3-117, 348583-25/3-117, 348584-25/3-117, 357366-26/3-117 від 25.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЕРІК НЕО, розчин оральний 0,5 мг/мл по 60 мл і 150 мл у пляшці; у комплекті з мірною ложечкою або з мірним шприцом в картонній коробці**
Заявник	**Юнілаб, ЛП, США**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348580-25/3-117, 348581-25/3-117, 348582-25/3-117, 348583-25/3-117, 348584-25/3-117, 357366-26/3-117 від 25.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЕРІК НЕО, розчин оральний 0,5 мг/мл по 60 мл і 150 мл у пляшці; у комплекті з мірною ложечкою або з мірним шприцом в картонній коробці**
Заявник	**Юнілаб, ЛП, США**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354111-26/3-147 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬБУМІН ЛЮДИНИ 200 Г/Л , розчин для інфузій, 200 г/л; по 50 мл або по 100 мл розчину у пляшці; по 1 пляшці в коробці з картону**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354111-26/3-147 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬБУМІН ЛЮДИНИ 200 Г/Л , розчин для інфузій, 200 г/л; по 50 мл або по 100 мл розчину у пляшці; по 1 пляшці в коробці з картону**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354111-26/3-147 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЬБУМІН ЛЮДИНИ 200 Г/Л , розчин для інфузій, 200 г/л; по 50 мл або по 100 мл розчину у пляшці; по 1 пляшці в коробці з картону**
Заявник	**Кедріон С.П.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354869-26/3-148, 354870-26/3-148, 354871-26/3-148 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМБРОЛІТИН®, сироп, 15 мг/5 мл, по 100 мл у скляному або поліетилентерефталатному флаконі; по 1 флакону з мірним стаканчиком в картонній пачці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354869-26/3-148, 354870-26/3-148, 354871-26/3-148 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМБРОЛІТИН®, сироп, 15 мг/5 мл, по 100 мл у скляному або поліетилентерефталатному флаконі; по 1 флакону з мірним стаканчиком в картонній пачці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354869-26/3-148, 354870-26/3-148, 354871-26/3-148 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМБРОЛІТИН®, сироп, 15 мг/5 мл, по 100 мл у скляному або поліетилентерефталатному флаконі; по 1 флакону з мірним стаканчиком в картонній пачці**
Заявник	**АТ "Софарма", Болгарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357064-26/3-138 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АПЛЕРІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг та по 50 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357064-26/3-138 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АПЛЕРІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг та по 50 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357064-26/3-138 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АПЛЕРІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг та по 50 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357064-26/3-138 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АПЛЕРІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг та по 50 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357064-26/3-138 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АПЛЕРІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг та по 50 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357064-26/3-138 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АПЛЕРІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг та по 50 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355794-26/3-120 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРДУАН®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 4 мг; 5 флаконів з ліофілізатом у комплекті з 5 ампулами розчинника (0,9 % розчин натрію хлориду) по 2 мл в картонній формі; по 5 картонних форм в картонній коробці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355794-26/3-120 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРДУАН®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 4 мг; 5 флаконів з ліофілізатом у комплекті з 5 ампулами розчинника (0,9 % розчин натрію хлориду) по 2 мл в картонній формі; по 5 картонних форм в картонній коробці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355794-26/3-120 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРДУАН®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 4 мг; 5 флаконів з ліофілізатом у комплекті з 5 ампулами розчинника (0,9 % розчин натрію хлориду) по 2 мл в картонній формі; по 5 картонних форм в картонній коробці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341774-25/3-123 від 24.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТЕНАТИВ 500 МО АТЕНАТИВ 1000 МО, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 50 МО/мл; 1 флакону з порошком (500 МО) та 1 флакон з розчинником (10 мл) в картонній коробці; 1 флакону з порошком (1000 МО) та 1 флакон з розчинником (20 мл) в картонній коробці**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341774-25/3-123 від 24.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТЕНАТИВ 500 МО АТЕНАТИВ 1000 МО, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 50 МО/мл; 1 флакону з порошком (500 МО) та 1 флакон з розчинником (10 мл) в картонній коробці; 1 флакону з порошком (1000 МО) та 1 флакон з розчинником (20 мл) в картонній коробці**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341774-25/3-123 від 24.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТЕНАТИВ 500 МО АТЕНАТИВ 1000 МО, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 50 МО/мл; 1 флакону з порошком (500 МО) та 1 флакон з розчинником (10 мл) в картонній коробці; 1 флакону з порошком (1000 МО) та 1 флакон з розчинником (20 мл) в картонній коробці**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341774-25/3-123 від 24.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТЕНАТИВ 500 МО АТЕНАТИВ 1000 МО, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 50 МО/мл; 1 флакону з порошком (500 МО) та 1 флакон з розчинником (10 мл) в картонній коробці; 1 флакону з порошком (1000 МО) та 1 флакон з розчинником (20 мл) в картонній коробці**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341774-25/3-123 від 24.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТЕНАТИВ 500 МО АТЕНАТИВ 1000 МО, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 50 МО/мл; 1 флакону з порошком (500 МО) та 1 флакон з розчинником (10 мл) в картонній коробці; 1 флакону з порошком (1000 МО) та 1 флакон з розчинником (20 мл) в картонній коробці**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341774-25/3-123 від 24.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АТЕНАТИВ 500 МО АТЕНАТИВ 1000 МО, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 50 МО/мл; 1 флакону з порошком (500 МО) та 1 флакон з розчинником (10 мл) в картонній коробці; 1 флакону з порошком (1000 МО) та 1 флакон з розчинником (20 мл) в картонній коробці**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356975-26/3-120 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АФИЦИКЛ, таблетки, по 6 таблеток у перфорованому стрипі; по 1 або 2 стрипи в картонній коробці; по 10 таблеток у перфорованому стрипі; по 1 стрипу в картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356975-26/3-120 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АФИЦИКЛ, таблетки, по 6 таблеток у перфорованому стрипі; по 1 або 2 стрипи в картонній коробці; по 10 таблеток у перфорованому стрипі; по 1 стрипу в картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356975-26/3-120 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АФИЦИКЛ, таблетки, по 6 таблеток у перфорованому стрипі; по 1 або 2 стрипи в картонній коробці; по 10 таблеток у перфорованому стрипі; по 1 стрипу в картонній коробці**
Заявник	**Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355021-26/3-100, 355022-26/3-100 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АФІНІТОР, таблетки по 2,5 мг або 5 мг, або 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355021-26/3-100, 355022-26/3-100 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АФІНІТОР, таблетки по 2,5 мг або 5 мг, або 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355021-26/3-100, 355022-26/3-100 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АФІНІТОР, таблетки по 2,5 мг або 5 мг, або 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355021-26/3-100, 355022-26/3-100 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АФІНІТОР, таблетки по 2,5 мг або 5 мг, або 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355021-26/3-100, 355022-26/3-100 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АФІНІТОР, таблетки по 2,5 мг або 5 мг, або 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355021-26/3-100, 355022-26/3-100 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АФІНІТОР, таблетки по 2,5 мг або 5 мг, або 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355021-26/3-100, 355022-26/3-100 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АФІНІТОР, таблетки по 2,5 мг або 5 мг, або 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355021-26/3-100, 355022-26/3-100 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АФІНІТОР, таблетки по 2,5 мг або 5 мг, або 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355021-26/3-100, 355022-26/3-100 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АФІНІТОР, таблетки по 2,5 мг або 5 мг, або 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350580-25/3-146 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРЕШ® КАЛЬЦІЙ ПЛЮС D3, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 таблеток у блістері, по 3 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "Береш Фарма", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350580-25/3-146 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРЕШ® КАЛЬЦІЙ ПЛЮС D3, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 таблеток у блістері, по 3 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "Береш Фарма", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350580-25/3-146 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРЕШ® КАЛЬЦІЙ ПЛЮС D3, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 таблеток у блістері, по 3 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "Береш Фарма", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350583-25/3-146 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРЕШ® МАГНІЙ ПЛЮС В6, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 таблеток в блістері, по 3 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "Береш Фарма", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350583-25/3-146 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРЕШ® МАГНІЙ ПЛЮС В6, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 таблеток в блістері, по 3 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "Береш Фарма", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350583-25/3-146 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЕРЕШ® МАГНІЙ ПЛЮС В6, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 таблеток в блістері, по 3 або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "Береш Фарма", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357744-26/B-100, 357745-26/B-100 від 08.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОКЛОТ А®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл у флаконі; по 1 флакону з ліофілізатом та по 1 флакону з розчинником разом із засобами для розчинення та введення (1 пристрій для перенесення та фільтрації, 1 шприц одноразовий з голкою для ін'єкцій, 1 крильчата інфузійна система) у пачці з картону; ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 500 МО або по 1000 МО, 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі; по 1 флакону з ліофілізатом та по 1 флакону з розчинником разом із засобами для розчинення та введення (1 пристрій для перенесення та фільтрації, 1 шприц одноразовий з голкою для ін'єкцій, 1 крильчата інфузійна система) у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357744-26/B-100, 357745-26/B-100 від 08.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОКЛОТ А®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл у флаконі; по 1 флакону з ліофілізатом та по 1 флакону з розчинником разом із засобами для розчинення та введення (1 пристрій для перенесення та фільтрації, 1 шприц одноразовий з голкою для ін'єкцій, 1 крильчата інфузійна система) у пачці з картону; ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 500 МО або по 1000 МО, 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі; по 1 флакону з ліофілізатом та по 1 флакону з розчинником разом із засобами для розчинення та введення (1 пристрій для перенесення та фільтрації, 1 шприц одноразовий з голкою для ін'єкцій, 1 крильчата інфузійна система) у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357744-26/B-100, 357745-26/B-100 від 08.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОКЛОТ А®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл у флаконі; по 1 флакону з ліофілізатом та по 1 флакону з розчинником разом із засобами для розчинення та введення (1 пристрій для перенесення та фільтрації, 1 шприц одноразовий з голкою для ін'єкцій, 1 крильчата інфузійна система) у пачці з картону; ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 500 МО або по 1000 МО, 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі; по 1 флакону з ліофілізатом та по 1 флакону з розчинником разом із засобами для розчинення та введення (1 пристрій для перенесення та фільтрації, 1 шприц одноразовий з голкою для ін'єкцій, 1 крильчата інфузійна система) у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357744-26/B-100, 357745-26/B-100 від 08.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОКЛОТ А®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл у флаконі; по 1 флакону з ліофілізатом та по 1 флакону з розчинником разом із засобами для розчинення та введення (1 пристрій для перенесення та фільтрації, 1 шприц одноразовий з голкою для ін'єкцій, 1 крильчата інфузійна система) у пачці з картону; ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 500 МО або по 1000 МО, 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі; по 1 флакону з ліофілізатом та по 1 флакону з розчинником разом із засобами для розчинення та введення (1 пристрій для перенесення та фільтрації, 1 шприц одноразовий з голкою для ін'єкцій, 1 крильчата інфузійна система) у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357744-26/B-100, 357745-26/B-100 від 08.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОКЛОТ А®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл у флаконі; по 1 флакону з ліофілізатом та по 1 флакону з розчинником разом із засобами для розчинення та введення (1 пристрій для перенесення та фільтрації, 1 шприц одноразовий з голкою для ін'єкцій, 1 крильчата інфузійна система) у пачці з картону; ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 500 МО або по 1000 МО, 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі; по 1 флакону з ліофілізатом та по 1 флакону з розчинником разом із засобами для розчинення та введення (1 пристрій для перенесення та фільтрації, 1 шприц одноразовий з голкою для ін'єкцій, 1 крильчата інфузійна система) у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357744-26/B-100, 357745-26/B-100 від 08.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОКЛОТ А®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл у флаконі; по 1 флакону з ліофілізатом та по 1 флакону з розчинником разом із засобами для розчинення та введення (1 пристрій для перенесення та фільтрації, 1 шприц одноразовий з голкою для ін'єкцій, 1 крильчата інфузійна система) у пачці з картону; ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 500 МО або по 1000 МО, 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі; по 1 флакону з ліофілізатом та по 1 флакону з розчинником разом із засобами для розчинення та введення (1 пристрій для перенесення та фільтрації, 1 шприц одноразовий з голкою для ін'єкцій, 1 крильчата інфузійна система) у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357744-26/B-100, 357745-26/B-100 від 08.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОКЛОТ А®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл у флаконі; по 1 флакону з ліофілізатом та по 1 флакону з розчинником разом із засобами для розчинення та введення (1 пристрій для перенесення та фільтрації, 1 шприц одноразовий з голкою для ін'єкцій, 1 крильчата інфузійна система) у пачці з картону; ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 500 МО або по 1000 МО, 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі; по 1 флакону з ліофілізатом та по 1 флакону з розчинником разом із засобами для розчинення та введення (1 пристрій для перенесення та фільтрації, 1 шприц одноразовий з голкою для ін'єкцій, 1 крильчата інфузійна система) у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357744-26/B-100, 357745-26/B-100 від 08.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОКЛОТ А®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл у флаконі; по 1 флакону з ліофілізатом та по 1 флакону з розчинником разом із засобами для розчинення та введення (1 пристрій для перенесення та фільтрації, 1 шприц одноразовий з голкою для ін'єкцій, 1 крильчата інфузійна система) у пачці з картону; ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 500 МО або по 1000 МО, 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі; по 1 флакону з ліофілізатом та по 1 флакону з розчинником разом із засобами для розчинення та введення (1 пристрій для перенесення та фільтрації, 1 шприц одноразовий з голкою для ін'єкцій, 1 крильчата інфузійна система) у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357744-26/B-100, 357745-26/B-100 від 08.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІОКЛОТ А®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл у флаконі; по 1 флакону з ліофілізатом та по 1 флакону з розчинником разом із засобами для розчинення та введення (1 пристрій для перенесення та фільтрації, 1 шприц одноразовий з голкою для ін'єкцій, 1 крильчата інфузійна система) у пачці з картону; ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 500 МО або по 1000 МО, 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі; по 1 флакону з ліофілізатом та по 1 флакону з розчинником разом із засобами для розчинення та введення (1 пристрій для перенесення та фільтрації, 1 шприц одноразовий з голкою для ін'єкцій, 1 крильчата інфузійна система) у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356499-26/B-61, 356500-26/B-61, 356502-26/B-61 від 13.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-СЕПТ-ФАРМАК®, таблетки, 400 мг/80 мг по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356499-26/B-61, 356500-26/B-61, 356502-26/B-61 від 13.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-СЕПТ-ФАРМАК®, таблетки, 400 мг/80 мг по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356499-26/B-61, 356500-26/B-61, 356502-26/B-61 від 13.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БІ-СЕПТ-ФАРМАК®, таблетки, 400 мг/80 мг по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359780-26/3-147 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЛЕМАРЕН®, таблетки шипучі, по 20 шипучих таблеток у поліпропіленовому контейнері; по 4 або 5 контейнерів у картонній коробці разом з індикаторним папером і контрольним календарем**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359780-26/3-147 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЛЕМАРЕН®, таблетки шипучі, по 20 шипучих таблеток у поліпропіленовому контейнері; по 4 або 5 контейнерів у картонній коробці разом з індикаторним папером і контрольним календарем**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359780-26/3-147 від 11.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЛЕМАРЕН®, таблетки шипучі, по 20 шипучих таблеток у поліпропіленовому контейнері; по 4 або 5 контейнерів у картонній коробці разом з індикаторним папером і контрольним календарем**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352314-26/3-130 від 03.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОТОКС® КОМПЛЕКС БОТУЛІНІЧНОГО ТОКСИНУ ТИПУ А (ВІД CLOSTRIDIUM BOTULINUM), порошок для розчину для ін'єкцій по 100 одиниць-Аллерган; порошок для розчину для ін'єкцій по 200 одиниць-Аллерган; 1 флакон з порошком в картонній коробці**
Заявник	**Еббві Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352314-26/3-130 від 03.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОТОКС® КОМПЛЕКС БОТУЛІНІЧНОГО ТОКСИНУ ТИПУ А (ВІД CLOSTRIDIUM BOTULINUM), порошок для розчину для ін'єкцій по 100 одиниць-Аллерган; порошок для розчину для ін'єкцій по 200 одиниць-Аллерган; 1 флакон з порошком в картонній коробці**
Заявник	**Еббві Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352314-26/3-130 від 03.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОТОКС® КОМПЛЕКС БОТУЛІНІЧНОГО ТОКСИНУ ТИПУ А (ВІД CLOSTRIDIUM BOTULINUM), порошок для розчину для ін'єкцій по 100 одиниць-Аллерган; порошок для розчину для ін'єкцій по 200 одиниць-Аллерган; 1 флакон з порошком в картонній коробці**
Заявник	**Еббві Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352314-26/3-130 від 03.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОТОКС® КОМПЛЕКС БОТУЛІНІЧНОГО ТОКСИНУ ТИПУ А (ВІД CLOSTRIDIUM BOTULINUM), порошок для розчину для ін'єкцій по 100 одиниць-Аллерган; порошок для розчину для ін'єкцій по 200 одиниць-Аллерган; 1 флакон з порошком в картонній коробці**
Заявник	**Еббві Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352314-26/3-130 від 03.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОТОКС® КОМПЛЕКС БОТУЛІНІЧНОГО ТОКСИНУ ТИПУ А (ВІД CLOSTRIDIUM BOTULINUM), порошок для розчину для ін'єкцій по 100 одиниць-Аллерган; порошок для розчину для ін'єкцій по 200 одиниць-Аллерган; 1 флакон з порошком в картонній коробці**
Заявник	**Еббві Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352314-26/3-130 від 03.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОТОКС® КОМПЛЕКС БОТУЛІНІЧНОГО ТОКСИНУ ТИПУ А (ВІД CLOSTRIDIUM BOTULINUM), порошок для розчину для ін'єкцій по 100 одиниць-Аллерган; порошок для розчину для ін'єкцій по 200 одиниць-Аллерган; 1 флакон з порошком в картонній коробці**
Заявник	**Еббві Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**347279-25/З-149, 347280-25/З-149, 347281-25/З-149, 347282-25/З-149, 347283-25/З-149 від 30.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРЕКСІН®, таблетки по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**К'єзі Фармас'ютікелз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**347279-25/3-149, 347280-25/3-149, 347281-25/3-149, 347282-25/3-149, 347283-25/3-149 від 30.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРЕКСІН®, таблетки по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**К'єзі Фармас'ютікелз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**347279-25/3-149, 347280-25/3-149, 347281-25/3-149, 347282-25/3-149, 347283-25/3-149 від 30.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРЕКСІН®, таблетки по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**К'єзі Фармас'ютікелз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353017-26/3-148, 353018-26/3-148, 353019-26/3-148, 353024-26/3-148 від 17.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/80 мг або 20 мг/80 мг, або 10 мг/160 мг, або 20 мг/160 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353017-26/3-148, 353018-26/3-148, 353019-26/3-148, 353024-26/3-148 від 17.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/80 мг або 20 мг/80 мг, або 10 мг/160 мг, або 20 мг/160 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353017-26/3-148, 353018-26/3-148, 353019-26/3-148, 353024-26/3-148 від 17.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/80 мг або 20 мг/80 мг, або 10 мг/160 мг, або 20 мг/160 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353017-26/3-148, 353018-26/3-148, 353019-26/3-148, 353024-26/3-148 від 17.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/80 мг або 20 мг/80 мг, або 10 мг/160 мг, або 20 мг/160 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353017-26/3-148, 353018-26/3-148, 353019-26/3-148, 353024-26/3-148 від 17.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/80 мг або 20 мг/80 мг, або 10 мг/160 мг, або 20 мг/160 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353017-26/3-148, 353018-26/3-148, 353019-26/3-148, 353024-26/3-148 від 17.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/80 мг або 20 мг/80 мг, або 10 мг/160 мг, або 20 мг/160 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353017-26/3-148, 353018-26/3-148, 353019-26/3-148, 353024-26/3-148 від 17.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/80 мг або 20 мг/80 мг, або 10 мг/160 мг, або 20 мг/160 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353017-26/3-148, 353018-26/3-148, 353019-26/3-148, 353024-26/3-148 від 17.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/80 мг або 20 мг/80 мг, або 10 мг/160 мг, або 20 мг/160 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353017-26/3-148, 353018-26/3-148, 353019-26/3-148, 353024-26/3-148 від 17.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/80 мг або 20 мг/80 мг, або 10 мг/160 мг, або 20 мг/160 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353017-26/3-148, 353018-26/3-148, 353019-26/3-148, 353024-26/3-148 від 17.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/80 мг або 20 мг/80 мг, або 10 мг/160 мг, або 20 мг/160 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353017-26/3-148, 353018-26/3-148, 353019-26/3-148, 353024-26/3-148 від 17.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/80 мг або 20 мг/80 мг, або 10 мг/160 мг, або 20 мг/160 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353017-26/3-148, 353018-26/3-148, 353019-26/3-148, 353024-26/3-148 від 17.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/80 мг або 20 мг/80 мг, або 10 мг/160 мг, або 20 мг/160 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349438-25/3-146 від 05.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАРТАН АУРОБІНДО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг або по 160 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349438-25/3-146 від 05.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАРТАН АУРОБІНДО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг або по 160 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349438-25/3-146 від 05.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАРТАН АУРОБІНДО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг або по 160 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349438-25/3-146 від 05.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАРТАН АУРОБІНДО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг або по 160 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349438-25/3-146 від 05.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАРТАН АУРОБІНДО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг або по 160 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349438-25/3-146 від 05.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАРТАН АУРОБІНДО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг або по 160 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**336491-25/3-148, 336492-25/3-148, 336493-25/3-148, 336494-25/3-148, 336495-25/3-148, 336496-25/3-148, 357890-26/3-148, 357891-26/3-148 від 21.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАКОР® Н 80, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 80 мг/12,5 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів в коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**336491-25/3-148, 336492-25/3-148, 336493-25/3-148, 336494-25/3-148, 336495-25/3-148, 336496-25/3-148, 357890-26/3-148, 357891-26/3-148 від 21.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАКОР® Н 80, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 80 мг/12,5 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів в коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**336491-25/3-148, 336492-25/3-148, 336493-25/3-148, 336494-25/3-148, 336495-25/3-148, 336496-25/3-148, 357890-26/3-148, 357891-26/3-148 від 21.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАКОР® Н 80, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 80 мг/12,5 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 6 блістерів в коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351568-26/B-120, 351570-26/B-120, 351571-26/B-120, 351572-26/B-120 від 19.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНОСМІН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці з картону;**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351568-26/B-120, 351570-26/B-120, 351571-26/B-120, 351572-26/B-120 від 19.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНОСМІН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці з картону;**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351568-26/B-120, 351570-26/B-120, 351571-26/B-120, 351572-26/B-120 від 19.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕНОСМІН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці з картону;**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351927-26/B-116 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІНПОЦЕТИН, таблетки по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351927-26/B-116 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІНПОЦЕТИН, таблетки по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351927-26/B-116 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІНПОЦЕТИН, таблетки по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356084-26/B-116 від 07.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІРОСТАТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 7 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356084-26/B-116 від 07.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІРОСТАТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 7 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356084-26/B-116 від 07.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІРОСТАТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 7 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356084-26/B-116 від 07.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІРОСТАТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 7 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356084-26/B-116 від 07.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІРОСТАТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 7 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356084-26/B-116 від 07.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІРОСТАТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 7 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343125-25/B-118, 343126-25/B-118 від 19.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАЛАРА, капсули тверді, по 75 мг або 150 мг по 14 капсул в блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343125-25/B-118, 343126-25/B-118 від 19.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАЛАРА, капсули тверді, по 75 мг або 150 мг по 14 капсул в блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343125-25/B-118, 343126-25/B-118 від 19.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАЛАРА, капсули тверді, по 75 мг або 150 мг по 14 капсул в блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343125-25/B-118, 343126-25/B-118 від 19.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАЛАРА, капсули тверді, по 75 мг або 150 мг по 14 капсул в блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343125-25/B-118, 343126-25/B-118 від 19.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАЛАРА, капсули тверді, по 75 мг або 150 мг по 14 капсул в блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343125-25/B-118, 343126-25/B-118 від 19.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАЛАРА, капсули тверді, по 75 мг або 150 мг по 14 капсул в блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359617-26/B-120 від 10.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГВАЙФЕНЕЗИН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "Фарма Старт", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359617-26/B-120 від 10.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГВАЙФЕНЕЗИН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "Фарма Старт", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359617-26/B-120 від 10.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГВАЙФЕНЕЗИН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "Фарма Старт", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350369-25/3-120 від 17.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПА-МЕРЦ, гранулят, 3 г/5 г; по 5 г у пакеті; по 30 або 50 або 100 пакетів у картонній коробці**
Заявник	**Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350369-25/3-120 від 17.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПА-МЕРЦ, гранулят, 3 г/5 г; по 5 г у пакеті; по 30 або 50 або 100 пакетів у картонній коробці**
Заявник	**Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350369-25/3-120 від 17.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕПА-МЕРЦ, гранулят, 3 г/5 г; по 5 г у пакеті; по 30 або 50 або 100 пакетів у картонній коробці**
Заявник	**Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356694-26/B-148 від 16.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІДРОКОРТИЗОН 10 МГ МІБЕ®, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 або по 18 блістерів у пачці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356694-26/B-148 від 16.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІДРОКОРТИЗОН 10 МГ МІБЕ®, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 або по 18 блістерів у пачці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356694-26/B-148 від 16.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІДРОКОРТИЗОН 10 МГ МІБЕ®, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 або по 18 блістерів у пачці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358145-26/B-06 від 14.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРАНЗОФЕН®, таблетки вагінальні по 10 мг, по 6 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній упаковці, in bulk: 2592 (6 x 432) таблетки вагінальні: по 6 таблеток у блістері; по 432 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358145-26/B-06 від 14.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРАНЗОФЕН®, таблетки вагінальні по 10 мг, по 6 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній упаковці, in bulk: 2592 (6 x 432) таблетки вагінальні: по 6 таблеток у блістері; по 432 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358145-26/B-06 від 14.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРАНЗОФЕН®, таблетки вагінальні по 10 мг, по 6 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній упаковці, in bulk: 2592 (6 x 432) таблетки вагінальні: по 6 таблеток у блістері; по 432 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358145-26/B-06 від 14.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРАНЗОФЕН®, таблетки вагінальні по 10 мг, по 6 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній упаковці, in bulk: 2592 (6 x 432) таблетки вагінальні: по 6 таблеток у блістері; по 432 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358145-26/B-06 від 14.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРАНЗОФЕН®, таблетки вагінальні по 10 мг, по 6 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній упаковці, in bulk: 2592 (6 x 432) таблетки вагінальні: по 6 таблеток у блістері; по 432 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358145-26/B-06 від 14.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРАНЗОФЕН®, таблетки вагінальні по 10 мг, по 6 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній упаковці, in bulk: 2592 (6 х 432) таблетки вагінальні: по 6 таблеток у блістері; по 432 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354606-26/B-123 від 17.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРУДНИЙ ЗБІР №1, збір; по 50 г у пачці з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354606-26/B-123 від 17.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРУДНИЙ ЗБІР №1, збір; по 50 г у пачці з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354606-26/B-123 від 17.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРУДНИЙ ЗБІР №1, збір; по 50 г у пачці з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354573-26/B-147 від 17.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРУДНИЙ ЗБІР №2, збір; по 50 г у пачці з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354573-26/B-147 від 17.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРУДНИЙ ЗБІР №2, збір; по 50 г у пачці з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354573-26/B-147 від 17.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРУДНИЙ ЗБІР №2, збір; по 50 г у пачці з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349443-25/B-139 від 05.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАГЛІФ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг та по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349443-25/B-139 від 05.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАГЛІФ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг та по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349443-25/B-139 від 05.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАГЛІФ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг та по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349443-25/B-139 від 05.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАГЛІФ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг та по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349443-25/B-139 від 05.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАГЛІФ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг та по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349443-25/B-139 від 05.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДАГЛІФ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг та по 10 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352543-26/B-120 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕНІГМА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 картонних упаковок у картонній коробці; in bulk: по 14 таблеток у блістері, по 90 блістерів у картонній коробці;**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352543-26/B-120 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕНІГМА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 картонних упаковок у картонній коробці; in bulk: по 14 таблеток у блістері, по 90 блістерів у картонній коробці;**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352543-26/B-120 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕНІГМА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 картонних упаковок у картонній коробці; in bulk: по 14 таблеток у блістері, по 90 блістерів у картонній коробці;**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352543-26/B-120 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕНІГМА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 картонних упаковок у картонній коробці; in bulk: по 14 таблеток у блістері, по 90 блістерів у картонній коробці;**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352543-26/B-120 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕНІГМА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 картонних упаковок у картонній коробці; in bulk: по 14 таблеток у блістері, по 90 блістерів у картонній коробці;**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352543-26/B-120 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕНІГМА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 картонних упаковок у картонній коробці; in bulk: по 14 таблеток у блістері, по 90 блістерів у картонній коробці;**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353806-26/B-120, 353807-26/B-120, 353808-26/B-120, 353809-26/B-120, 353810-26/B-120 від 02.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕНІГМА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 картонних упаковок у картонній коробці; in bulk: по 14 таблеток у блістері, по 90 блістерів у картонній коробці;**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353806-26/B-120, 353807-26/B-120, 353808-26/B-120, 353809-26/B-120, 353810-26/B-120 від 02.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕНІГМА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 картонних упаковок у картонній коробці; in bulk: по 14 таблеток у блістері, по 90 блістерів у картонній коробці;**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353806-26/B-120, 353807-26/B-120, 353808-26/B-120, 353809-26/B-120, 353810-26/B-120 від 02.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕНІГМА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 картонних упаковок у картонній коробці; in bulk: по 14 таблеток у блістері, по 90 блістерів у картонній коробці;**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353806-26/B-120, 353807-26/B-120, 353808-26/B-120, 353809-26/B-120, 353810-26/B-120 від 02.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕНІГМА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 картонних упаковок у картонній коробці; in bulk: по 14 таблеток у блістері, по 90 блістерів у картонній коробці;**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353806-26/B-120, 353807-26/B-120, 353808-26/B-120, 353809-26/B-120, 353810-26/B-120 від 02.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕНІГМА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 картонних упаковок у картонній коробці; in bulk: по 14 таблеток у блістері, по 90 блістерів у картонній коробці;**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353806-26/B-120, 353807-26/B-120, 353808-26/B-120, 353809-26/B-120, 353810-26/B-120 від 02.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕНІГМА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 картонних упаковок у картонній коробці; in bulk: по 14 таблеток у блістері, по 90 блістерів у картонній коробці;**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354732-26/3-96, 354733-26/3-96, 354734-26/3-96 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕЦИСАН, ліофілізат для розчину для інфузій по 50 мг; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 флаконом з розчинником (калію дигідрофосфат, натрію гідроксид, вода для ін'єкцій) по 10 мл у картонній коробці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354732-26/3-96, 354733-26/3-96, 354734-26/3-96 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕЦИСАН, ліофілізат для розчину для інфузій по 50 мг; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 флаконом з розчинником (калію дигідрофосфат, натрію гідроксид, вода для ін'єкцій) по 10 мл у картонній коробці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354732-26/3-96, 354733-26/3-96, 354734-26/3-96 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕЦИСАН, ліофілізат для розчину для інфузій по 50 мг; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 флаконом з розчинником (калію дигідрофосфат, натрію гідроксид, вода для ін'єкцій) по 10 мл у картонній коробці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**344298-25/З-140, 344299-25/З-140 від 08.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЕРЕЛІН®, порошок по 3,75 мг та розчинник для суспензії для ін'єкцій пролонгованого вивільнення; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником по 2 мл (маніт (Е 421), вода для ін'єкцій) в ампулі, шприцом для одноразового використання та двома голками (у блістерній упаковці) у картонній коробці**
Заявник	**ІПСЕН ФАРМА, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**344298-25/3-140, 344299-25/3-140 від 08.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЕРЕЛІН®, порошок по 3,75 мг та розчинник для суспензії для ін'єкцій пролонгованого вивільнення; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником по 2 мл (маніт (Е 421), вода для ін'єкцій) в ампулі, шприцом для одноразового використання та двома голками (у блістерній упаковці) у картонній коробці**
Заявник	**ІПСЕН ФАРМА, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**344298-25/3-140, 344299-25/3-140 від 08.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИФЕРЕЛІН®, порошок по 3,75 мг та розчинник для суспензії для ін'єкцій пролонгованого вивільнення; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником по 2 мл (маніт (Е 421), вода для ін'єкцій) в ампулі, шприцом для одноразового використання та двома голками (у блістерній упаковці) у картонній коробці**
Заявник	**ІПСЕН ФАРМА, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355922-26/B-148 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІОКОР 80, ДІОКОР 160, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг або по 160 мг/12,5 мг, по 10 таблеток в блістері; по 1, по 3, по 4 або по 9 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355922-26/B-148 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІОКОР 80, ДІОКОР 160, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг або по 160 мг/12,5 мг, по 10 таблеток в блістері; по 1, по 3, по 4 або по 9 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355922-26/B-148 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІОКОР 80, ДІОКОР 160, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг або по 160 мг/12,5 мг, по 10 таблеток в блістері; по 1, по 3, по 4 або по 9 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355922-26/B-148 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІОКОР 80, ДІОКОР 160, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг або по 160 мг/12,5 мг, по 10 таблеток в блістері; по 1, по 3, по 4 або по 9 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355922-26/B-148 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІОКОР 80, ДІОКОР 160, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг або по 160 мг/12,5 мг, по 10 таблеток в блістері; по 1, по 3, по 4 або по 9 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355922-26/B-148 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІОКОР 80, ДІОКОР 160, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг або по 160 мг/12,5 мг, по 10 таблеток в блістері; по 1, по 3, по 4 або по 9 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354955-26/B-117, 354956-26/B-117, 355124-26/B-137, 355125-26/B-137 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІФОРС 160, ДІФОРС 80, ДІФОРС XL, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/160 мг; 5 мг/80 мг; 10 мг/160 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 9 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354955-26/B-117, 354956-26/B-117, 355124-26/B-137, 355125-26/B-137 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІФОРС 160, ДІФОРС 80, ДІФОРС XL, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/160 мг; 5 мг/80 мг; 10 мг/160 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 9 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354955-26/B-117, 354956-26/B-117, 355124-26/B-137, 355125-26/B-137 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІФОРС 160, ДІФОРС 80, ДІФОРС XL, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/160 мг; 5 мг/80 мг; 10 мг/160 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 9 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354955-26/B-117, 354956-26/B-117, 355124-26/B-137, 355125-26/B-137 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІФОРС 160, ДІФОРС 80, ДІФОРС XL, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/160 мг; 5 мг/80 мг; 10 мг/160 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 9 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354955-26/B-117, 354956-26/B-117, 355124-26/B-137, 355125-26/B-137 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІФОРС 160, ДІФОРС 80, ДІФОРС XL, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/160 мг; 5 мг/80 мг; 10 мг/160 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 9 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354955-26/B-117, 354956-26/B-117, 355124-26/B-137, 355125-26/B-137 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІФОРС 160, ДІФОРС 80, ДІФОРС XL, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/160 мг; 5 мг/80 мг; 10 мг/160 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 9 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354955-26/B-117, 354956-26/B-117, 355124-26/B-137, 355125-26/B-137 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІФОРС 160, ДІФОРС 80, ДІФОРС XL, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/160 мг; 5 мг/80 мг; 10 мг/160 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 9 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354955-26/B-117, 354956-26/B-117, 355124-26/B-137, 355125-26/B-137 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІФОРС 160, ДІФОРС 80, ДІФОРС XL, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/160 мг; 5 мг/80 мг; 10 мг/160 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 9 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354955-26/B-117, 354956-26/B-117, 355124-26/B-137, 355125-26/B-137 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІФОРС 160, ДІФОРС 80, ДІФОРС XL, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/160 мг; 5 мг/80 мг; 10 мг/160 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 9 блістерів в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358872-26/B-138, 358873-26/B-138, 358874-26/B-138, 358875-26/B-138, 358876-26/B-138 від 28.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОЛОРСИЛ, гранули для оральної суспензії, 100 мг/2 г; по 2 г в саше; по 10 саше у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358872-26/B-138, 358873-26/B-138, 358874-26/B-138, 358875-26/B-138, 358876-26/B-138 від 28.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОЛОРСИЛ, гранули для оральної суспензії, 100 мг/2 г; по 2 г в саше; по 10 саше у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358872-26/B-138, 358873-26/B-138, 358874-26/B-138, 358875-26/B-138, 358876-26/B-138 від 28.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОЛОРСИЛ, гранули для оральної суспензії, 100 мг/2 г; по 2 г в саше; по 10 саше у пачці**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350864-25/B-100, 356746-26/B-97 від 26.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОМПЕРИДОН-СТОМА, таблетки по 10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Стома", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350864-25/B-100, 356746-26/B-97 від 26.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОМПЕРИДОН-СТОМА, таблетки по 10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Стома", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350864-25/B-100, 356746-26/B-97 від 26.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОМПЕРИДОН-СТОМА, таблетки по 10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Стома", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350518-25/B-138 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОНЕКС®, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 5 мг або по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній пачці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350518-25/B-138 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОНЕКС®, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 5 мг або по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній пачці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350518-25/B-138 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОНЕКС®, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 5 мг або по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній пачці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350518-25/B-138 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОНЕКС®, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 5 мг або по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній пачці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350518-25/B-138 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОНЕКС®, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 5 мг або по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній пачці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350518-25/B-138 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОНЕКС®, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 5 мг або по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній пачці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357192-26/B-148 від 27.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗАМЕД , краплі очні, розчин 2 %; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357192-26/B-148 від 27.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗАМЕД , краплі очні, розчин 2 %; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357192-26/B-148 від 27.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗАМЕД , краплі очні, розчин 2 %; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357164-26/3-116 від 24.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗАМЕД, краплі очні, розчин, 20 мг/мл; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357164-26/3-116 від 24.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗАМЕД, краплі очні, розчин, 20 мг/мл; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357164-26/3-116 від 24.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОРЗАМЕД, краплі очні, розчин, 20 мг/мл; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349595-25/3-152, 349596-25/3-152 від 08.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКСФОРЖ, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5мг/80мг; 5мг/160мг; 10мг/160мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349595-25/З-152, 349596-25/З-152 від 08.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКСФОРЖ, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5мг/80мг; 5мг/160мг; 10мг/160мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349595-25/З-152, 349596-25/З-152 від 08.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКСФОРЖ, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5мг/80мг; 5мг/160мг; 10мг/160мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349595-25/3-152, 349596-25/3-152 від 08.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКСФОРЖ, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5мг/80мг; 5мг/160мг; 10мг/160мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349595-25/З-152, 349596-25/З-152 від 08.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКСФОРЖ, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5мг/80мг; 5мг/160мг; 10мг/160мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349595-25/З-152, 349596-25/З-152 від 08.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКСФОРЖ, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5мг/80мг; 5мг/160мг; 10мг/160мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349595-25/3-152, 349596-25/3-152 від 08.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКСФОРЖ, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5мг/80мг; 5мг/160мг; 10мг/160мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349595-25/З-152, 349596-25/З-152 від 08.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКСФОРЖ, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5мг/80мг; 5мг/160мг; 10мг/160мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349595-25/З-152, 349596-25/З-152 від 08.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКСФОРЖ, Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5мг/80мг; 5мг/160мг; 10мг/160мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348083-25/3-128, 348084-25/3-128, 348085-25/3-128, 348086-25/3-128 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКСФОРЖ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/80 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/160 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/160 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348083-25/3-128, 348084-25/3-128, 348085-25/3-128, 348086-25/3-128 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКСФОРЖ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/80 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/160 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/160 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348083-25/3-128, 348084-25/3-128, 348085-25/3-128, 348086-25/3-128 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКСФОРЖ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/80 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/160 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/160 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348083-25/3-128, 348084-25/3-128, 348085-25/3-128, 348086-25/3-128 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКСФОРЖ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/80 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/160 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/160 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348083-25/3-128, 348084-25/3-128, 348085-25/3-128, 348086-25/3-128 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКСФОРЖ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/80 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/160 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/160 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348083-25/3-128, 348084-25/3-128, 348085-25/3-128, 348086-25/3-128 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКСФОРЖ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/80 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/160 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/160 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348083-25/3-128, 348084-25/3-128, 348085-25/3-128, 348086-25/3-128 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКСФОРЖ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/80 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/160 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/160 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348083-25/3-128, 348084-25/3-128, 348085-25/3-128, 348086-25/3-128 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКСФОРЖ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/80 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/160 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/160 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348083-25/3-128, 348084-25/3-128, 348085-25/3-128, 348086-25/3-128 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКСФОРЖ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/80 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 5 мг/160 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/160 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в коробці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356326-26/B-148 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕМЕСЕТРОН-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг, по 8 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356326-26/B-148 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕМЕСЕТРОН-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг, по 8 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356326-26/B-148 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕМЕСЕТРОН-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг, по 8 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356326-26/B-148 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕМЕСЕТРОН-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг, по 8 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356326-26/B-148 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕМЕСЕТРОН-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг, по 8 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356326-26/B-148 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕМЕСЕТРОН-ЗДОРОВ'Я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг, по 8 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354633-26/B-100 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРІДОН®, розчин оральний, 1 мг/мл; по 30 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті з дозуючою піпеткою в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354633-26/B-100 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРІДОН®, розчин оральний, 1 мг/мл; по 30 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті з дозуючою піпеткою в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354633-26/B-100 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРІДОН®, розчин оральний, 1 мг/мл; по 30 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті з дозуючою піпеткою в картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357383-26/B-120 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОТОН®, таблетки по 50 мг таблетки по 100 мг по 1 або по 2, або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 4 таблетки у блістері; по 2 блістери в пачці з картону;**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357383-26/B-120 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОТОН®, таблетки по 50 мг таблетки по 100 мг по 1 або по 2, або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 4 таблетки у блістері; по 2 блістери в пачці з картону;**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357383-26/B-120 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОТОН®, таблетки по 50 мг таблетки по 100 мг по 1 або по 2, або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 4 таблетки у блістері; по 2 блістери в пачці з картону;**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357383-26/B-120 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОТОН®, таблетки по 50 мг таблетки по 100 мг по 1 або по 2, або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 4 таблетки у блістері; по 2 блістери в пачці з картону;**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357383-26/B-120 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОТОН®, таблетки по 50 мг таблетки по 100 мг по 1 або по 2, або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 4 таблетки у блістері; по 2 блістери в пачці з картону;**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357383-26/B-120 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕРОТОН®, таблетки по 50 мг таблетки по 100 мг по 1 або по 2, або по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 4 таблетки у блістері; по 2 блістери в пачці з картону;**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355921-26/3-148 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСТРАМОН 50, пластир трансдермальний, 50 мкг/доба, по 1 пластиру в пакетику; по 6 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355921-26/3-148 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСТРАМОН 50, пластир трансдермальний, 50 мкг/доба, по 1 пластиру в пакетику; по 6 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355921-26/3-148 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСТРАМОН 50, пластир трансдермальний, 50 мкг/доба, по 1 пластиру в пакетику; по 6 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353196-26/3-06 від 19.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОФАСТ КОМБІ, капсули м'які, 200 мг/500 мг, по 10 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353196-26/3-06 від 19.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОФАСТ КОМБІ, капсули м'які, 200 мг/500 мг, по 10 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353196-26/3-06 від 19.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОФАСТ КОМБІ, капсули м'які, 200 мг/500 мг, по 10 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354895-26/B-144 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗАСПОКІЙЛИВИЙ ЗБІР №2, збір по 50 г або по 75 г у пачці з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354895-26/B-144 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗАСПОКІЙЛИВИЙ ЗБІР №2, збір по 50 г або по 75 г у пачці з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354895-26/B-144 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗАСПОКІЙЛИВИЙ ЗБІР №2, збір по 50 г або по 75 г у пачці з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 20 фільтр-пакетів у пачці**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357119-26/3-132 від 24.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗУЛЬБЕКС®, таблетки кишковорозчинні по 10 мг; по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1, 2 або по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357119-26/3-132 від 24.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗУЛЬБЕКС®, таблетки кишковорозчинні по 10 мг; по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1, 2 або по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357119-26/3-132 від 24.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗУЛЬБЕКС®, таблетки кишковорозчинні по 10 мг; по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1, 2 або по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357119-26/3-132 від 24.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗУЛЬБЕКС®, таблетки кишковорозчинні по 10 мг; по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1, 2 або по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357119-26/3-132 від 24.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗУЛЬБЕКС®, таблетки кишковорозчинні по 10 мг; по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1, 2 або по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357119-26/3-132 від 24.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗУЛЬБЕКС®, таблетки кишковорозчинні по 10 мг; по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1, 2 або по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355088-26/3-123 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗІКАРД® А, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 мг, по 80 мг/5 мг, по 80 мг/10 мг; по 7 таблеток в алюмінієвому блістері, по 2 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355088-26/3-123 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗІКАРД® А, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 мг, по 80 мг/5 мг, по 80 мг/10 мг; по 7 таблеток в алюмінієвому блістері, по 2 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355088-26/3-123 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗІКАРД® А, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 мг, по 80 мг/5 мг, по 80 мг/10 мг; по 7 таблеток в алюмінієвому блістері, по 2 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355088-26/3-123 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗІКАРД® А, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 мг, по 80 мг/5 мг, по 80 мг/10 мг; по 7 таблеток в алюмінієвому блістері, по 2 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355088-26/3-123 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗІКАРД® А, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 мг, по 80 мг/5 мг, по 80 мг/10 мг; по 7 таблеток в алюмінієвому блістері, по 2 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355088-26/3-123 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗІКАРД® А, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 мг, по 80 мг/5 мг, по 80 мг/10 мг; по 7 таблеток в алюмінієвому блістері, по 2 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355088-26/3-123 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗІКАРД® А, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 мг, по 80 мг/5 мг, по 80 мг/10 мг; по 7 таблеток в алюмінієвому блістері, по 2 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355088-26/3-123 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗІКАРД® А, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 мг, по 80 мг/5 мг, по 80 мг/10 мг; по 7 таблеток в алюмінієвому блістері, по 2 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355088-26/3-123 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗІКАРД® А, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 мг, по 80 мг/5 мг, по 80 мг/10 мг; по 7 таблеток в алюмінієвому блістері, по 2 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355088-26/3-123 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗІКАРД® А, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 мг, по 80 мг/5 мг, по 80 мг/10 мг; по 7 таблеток в алюмінієвому блістері, по 2 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355088-26/3-123 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗІКАРД® А, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 мг, по 80 мг/5 мг, по 80 мг/10 мг; по 7 таблеток в алюмінієвому блістері, по 2 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355088-26/3-123 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІЗІКАРД® А, таблетки по 40 мг/5 мг, по 40 мг/10 мг, по 80 мг/5 мг, по 80 мг/10 мг; по 7 таблеток в алюмінієвому блістері, по 2 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356918-26/B-120 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМУНОВЕЛ®, капсули по 12 капсул у блістері, по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356918-26/B-120 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМУНОВЕЛ®, капсули по 12 капсул у блістері, по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356918-26/B-120 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМУНОВЕЛ®, капсули по 12 капсул у блістері, по 2 блістери в пачці**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351909-26/3-118 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІТРУНГАР, капсули по 100 мг по 4 або 15 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351909-26/3-118 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІТРУНГАР, капсули по 100 мг по 4 або 15 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351909-26/3-118 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІТРУНГАР, капсули по 100 мг по 4 або 15 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356147-26/3-82 від 07.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАВІНТОН, таблетки по 5 мг; по 25 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356147-26/3-82 від 07.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАВІНТОН, таблетки по 5 мг; по 25 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356147-26/3-82 від 07.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАВІНТОН, таблетки по 5 мг; по 25 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349628-25/3-96, 349629-25/3-96, 356772-26/3-96 від 08.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬДІУМ®, капсули пролонгованої дії по 600 мг; по 50 або 100 капсул у флаконі; по 1 флакону у картонній пачці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349628-25/3-96, 349629-25/3-96, 356772-26/3-96 від 08.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬДІУМ®, капсули пролонгованої дії по 600 мг; по 50 або 100 капсул у флаконі; по 1 флакону у картонній пачці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349628-25/3-96, 349629-25/3-96, 356772-26/3-96 від 08.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬДІУМ®, капсули пролонгованої дії по 600 мг; по 50 або 100 капсул у флаконі; по 1 флакону у картонній пачці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352367-26/B-116 від 05.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРБАЛЕКС 300 МГ РЕТАРД, КАРБАЛЕКС 600 МГ РЕТАРД, таблетки пролонгованої дії по 300 мг або по 600 мг по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352367-26/B-116 від 05.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРБАЛЕКС 300 МГ РЕТАРД, КАРБАЛЕКС 600 МГ РЕТАРД, таблетки пролонгованої дії по 300 мг або по 600 мг по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352367-26/B-116 від 05.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРБАЛЕКС 300 МГ РЕТАРД, КАРБАЛЕКС 600 МГ РЕТАРД, таблетки пролонгованої дії по 300 мг або по 600 мг по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352367-26/B-116 від 05.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРБАЛЕКС 300 МГ РЕТАРД, КАРБАЛЕКС 600 МГ РЕТАРД, таблетки пролонгованої дії по 300 мг або по 600 мг по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352367-26/B-116 від 05.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРБАЛЕКС 300 МГ РЕТАРД, КАРБАЛЕКС 600 МГ РЕТАРД, таблетки пролонгованої дії по 300 мг або по 600 мг по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352367-26/B-116 від 05.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРБАЛЕКС 300 МГ РЕТАРД, КАРБАЛЕКС 600 МГ РЕТАРД, таблетки пролонгованої дії по 300 мг або по 600 мг по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357644-26/B-06 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАСАРК®, таблетки по 8 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у пачці; по 16 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці; по 32 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357644-26/B-06 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАСАРК®, таблетки по 8 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у пачці; по 16 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці; по 32 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357644-26/B-06 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАСАРК®, таблетки по 8 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у пачці; по 16 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці; по 32 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357644-26/B-06 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАСАРК®, таблетки по 8 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у пачці; по 16 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці; по 32 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357644-26/B-06 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАСАРК®, таблетки по 8 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у пачці; по 16 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці; по 32 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357644-26/B-06 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАСАРК®, таблетки по 8 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у пачці; по 16 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці; по 32 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357644-26/B-06 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАСАРК®, таблетки по 8 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у пачці; по 16 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці; по 32 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357644-26/B-06 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАСАРК®, таблетки по 8 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у пачці; по 16 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці; по 32 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357644-26/B-06 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАСАРК®, таблетки по 8 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у пачці; по 16 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці; по 32 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПАТ "Київмедпрепарат", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355928-26/3-140 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВАМАТЕЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355928-26/3-140 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВАМАТЕЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355928-26/3-140 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВАМАТЕЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355928-26/3-140 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВАМАТЕЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355928-26/3-140 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВАМАТЕЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355928-26/3-140 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВАМАТЕЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353126-26/B-116 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТІАПІН-ДАРНИЦЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353126-26/B-116 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТІАПІН-ДАРНИЦЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353126-26/B-116 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТІАПІН-ДАРНИЦЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353126-26/B-116 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТІАПІН-ДАРНИЦЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353126-26/B-116 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТІАПІН-ДАРНИЦЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353126-26/B-116 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТІАПІН-ДАРНИЦЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353126-26/B-116 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТІАПІН-ДАРНИЦЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353126-26/B-116 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТІАПІН-ДАРНИЦЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353126-26/B-116 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТІАПІН-ДАРНИЦЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346695-25/3-96 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТІПІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 25 мг або 100 мг по 100 таблеток або по 500 таблеток у флаконах, по 200 мг або 300 мг по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346695-25/3-96 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТІПІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 25 мг або 100 мг по 100 таблеток або по 500 таблеток у флаконах, по 200 мг або 300 мг по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346695-25/3-96 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТІПІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 25 мг або 100 мг по 100 таблеток або по 500 таблеток у флаконах, по 200 мг або 300 мг по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346695-25/3-96 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТІПІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 25 мг або 100 мг по 100 таблеток або по 500 таблеток у флаконах, по 200 мг або 300 мг по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346695-25/3-96 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТІПІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 25 мг або 100 мг по 100 таблеток або по 500 таблеток у флаконах, по 200 мг або 300 мг по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346695-25/3-96 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТІПІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 25 мг або 100 мг по 100 таблеток або по 500 таблеток у флаконах, по 200 мг або 300 мг по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346695-25/3-96 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТІПІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 25 мг або 100 мг по 100 таблеток або по 500 таблеток у флаконах, по 200 мг або 300 мг по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346695-25/3-96 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТІПІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 25 мг або 100 мг по 100 таблеток або по 500 таблеток у флаконах, по 200 мг або 300 мг по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346695-25/3-96 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КВЕТІПІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 25 мг або 100 мг по 100 таблеток або по 500 таблеток у флаконах, по 200 мг або 300 мг по 100 таблеток у флаконах**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353800-26/B-138 від 02.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТОДЕКСА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353800-26/B-138 від 02.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТОДЕКСА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353800-26/B-138 від 02.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТОДЕКСА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358699-26/3-148 від 25.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТОНАЛ®, гель 2,5 %, по 50 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358699-26/3-148 від 25.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТОНАЛ®, гель 2,5 %, по 50 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358699-26/3-148 від 25.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТОНАЛ®, гель 2,5 %, по 50 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356770-26/B-148 від 17.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОДЕПСИН, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356770-26/B-148 від 17.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОДЕПСИН, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356770-26/B-148 від 17.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОДЕПСИН, таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351329-26/B-28, 351330-26/B-28 від 08.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОДЕПСИН, таблетки по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351329-26/B-28, 351330-26/B-28 від 08.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОДЕПСИН, таблетки по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351329-26/B-28, 351330-26/B-28 від 08.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОДЕПСИН, таблетки по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342542-25/3-61, 342543-25/3-61, 342544-25/3-61 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІСТИН ЗЕНТІВА, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 000 000 МО або по 2 000 000 МО 1 або 10 флаконів з порошком в картонній пачці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342542-25/3-61, 342543-25/3-61, 342544-25/3-61 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІСТИН ЗЕНТІВА, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 000 000 МО або по 2 000 000 МО 1 або 10 флаконів з порошком в картонній пачці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342542-25/3-61, 342543-25/3-61, 342544-25/3-61 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІСТИН ЗЕНТІВА, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 000 000 МО або по 2 000 000 МО 1 або 10 флаконів з порошком в картонній пачці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342542-25/3-61, 342543-25/3-61, 342544-25/3-61 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІСТИН ЗЕНТІВА, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 000 000 МО або по 2 000 000 МО 1 або 10 флаконів з порошком в картонній пачці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342542-25/3-61, 342543-25/3-61, 342544-25/3-61 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІСТИН ЗЕНТІВА, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 000 000 МО або по 2 000 000 МО 1 або 10 флаконів з порошком в картонній пачці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**342542-25/3-61, 342543-25/3-61, 342544-25/3-61 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОЛІСТИН ЗЕНТІВА, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 000 000 МО або по 2 000 000 МО 1 або 10 флаконів з порошком в картонній пачці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354256-26/B-140 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРДАРОН®, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; № 6: по 3 мл в ампулі; по 6 ампул в полімерних чарунках у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354256-26/B-140 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРДАРОН®, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; № 6: по 3 мл в ампулі; по 6 ампул в полімерних чарунках у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354256-26/B-140 від 10.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРДАРОН®, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; № 6: по 3 мл в ампулі; по 6 ампул в полімерних чарунках у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350582-25/3-146 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРАПЛІ БЕРЕШ ПЛЮС®, краплі оральні, по 30 мл або по 100 мл у флаконі з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в картонній коробці; по 30 мл у флаконі з пробкою-крапельницею; по 4 флакони в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "Береш Фарма", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350582-25/3-146 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРАПЛІ БЕРЕШ ПЛЮС®, краплі оральні, по 30 мл або по 100 мл у флаконі з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в картонній коробці; по 30 мл у флаконі з пробкою-крапельницею; по 4 флакони в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "Береш Фарма", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350582-25/3-146 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРАПЛІ БЕРЕШ ПЛЮС®, краплі оральні, по 30 мл або по 100 мл у флаконі з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в картонній коробці; по 30 мл у флаконі з пробкою-крапельницею; по 4 флакони в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "Береш Фарма", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350581-25/3-146 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРАПЛІ БЕРЕШ® ЕКСТРА, краплі оральні, розчин, по 30 мл у флаконі з пробкою-крапельницею, по 1 або по 4 флакони у картонній коробці; по 100 мл у флаконі з пробкою-крапельницею, по 1 флакону у картонній коробці; по 30 мл у флаконі, по 1 або по 4 флакони у комплекті з окремим дозуючим насосом у картонній коробці; по 100 мл у флаконі по 1 флакону у комплекті з окремим дозуючим насосом у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "Береш Фарма", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350581-25/3-146 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРАПЛІ БЕРЕШ® ЕКСТРА, краплі оральні, розчин, по 30 мл у флаконі з пробкою-крапельницею, по 1 або по 4 флакони у картонній коробці; по 100 мл у флаконі з пробкою-крапельницею, по 1 флакону у картонній коробці; по 30 мл у флаконі, по 1 або по 4 флакони у комплекті з окремим дозуючим насосом у картонній коробці; по 100 мл у флаконі по 1 флакону у комплекті з окремим дозуючим насосом у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "Береш Фарма", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350581-25/3-146 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРАПЛІ БЕРЕШ® ЕКСТРА, краплі оральні, розчин, по 30 мл у флаконі з пробкою-крапельницею, по 1 або по 4 флакони у картонній коробці; по 100 мл у флаконі з пробкою-крапельницею, по 1 флакону у картонній коробці; по 30 мл у флаконі, по 1 або по 4 флакони у комплекті з окремим дозуючим насосом у картонній коробці; по 100 мл у флаконі по 1 флакону у комплекті з окремим дозуючим насосом у картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ "Береш Фарма", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355951-26/B-61, 356727-26/B-61, 357414-26/B-61, 357415-26/B-61 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСЕЛАЙФ, газ медичний стиснений у балоні по 2 л**
Заявник	**Товариство из обмеженою відповідальністю "Інгаз", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355951-26/B-61, 356727-26/B-61, 357414-26/B-61, 357415-26/B-61 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСЕЛАЙФ, газ медичний стиснений у балоні по 2 л**
Заявник	**Товариство из обмеженою відповідальністю "Інгаз", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355951-26/B-61, 356727-26/B-61, 357414-26/B-61, 357415-26/B-61 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСЕЛАЙФ, газ медичний стиснений у балоні по 2 л**
Заявник	**Товариство из обмеженою відповідальністю "Інгаз", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**337295-25/3-45, 337296-25/3-45, 337297-25/3-45, 337298-25/3-45, 337299-25/3-45, 337300-25/3-45, 337301-25/3-45, 337302-25/3-45, 337303-25/3-45, 337304-25/3-45, 337305-25/3-45, 337306-25/3-45, 337307-25/3-45, 337308-25/3-45, 337309-25/3-45, 337310-25/3-45, 337311-25/3-45, 337312-25/3-45 від 05.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСЕФОКАМ® РАПІД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 8 мг, по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**337295-25/3-45, 337296-25/3-45, 337297-25/3-45, 337298-25/3-45, 337299-25/3-45, 337300-25/3-45, 337301-25/3-45, 337302-25/3-45, 337303-25/3-45, 337304-25/3-45, 337305-25/3-45, 337306-25/3-45, 337307-25/3-45, 337308-25/3-45, 337309-25/3-45, 337310-25/3-45, 337311-25/3-45, 337312-25/3-45 від 05.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСЕФОКАМ® РАПІД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 8 мг, по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**337295-25/3-45, 337296-25/3-45, 337297-25/3-45, 337298-25/3-45, 337299-25/3-45, 337300-25/3-45, 337301-25/3-45, 337302-25/3-45, 337303-25/3-45, 337304-25/3-45, 337305-25/3-45, 337306-25/3-45, 337307-25/3-45, 337308-25/3-45, 337309-25/3-45, 337310-25/3-45, 337311-25/3-45, 337312-25/3-45 від 05.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСЕФОКАМ® РАПІД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 8 мг, по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Асіно Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354450-26/3-88 від 13.03.2026**
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**
Заявник	**Альфасігма С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354450-26/3-88 від 13.03.2026**
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**
Заявник	**Альфасігма С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354450-26/3-88 від 13.03.2026**
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**
Заявник	**Альфасігма С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343330-25/3-130, 343331-25/3-130, 343332-25/3-130, 343333-25/3-130, 343334-25/3-130, 343335-25/3-130, 343336-25/3-130, 343337-25/3-130, 343339-25/3-130, 351433-26/3-130, 351434-26/3-130 від 21.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОЛАР, порошок для розчину для ін'єкцій по 75 мг або 150 мг 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2 мл в ампулах №1 в упаковці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343330-25/3-130, 343331-25/3-130, 343332-25/3-130, 343333-25/3-130, 343334-25/3-130, 343335-25/3-130, 343336-25/3-130, 343337-25/3-130, 343339-25/3-130, 351433-26/3-130, 351434-26/3-130 від 21.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОЛАР, порошок для розчину для ін'єкцій по 75 мг або 150 мг 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2 мл в ампулах №1 в упаковці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343330-25/3-130, 343331-25/3-130, 343332-25/3-130, 343333-25/3-130, 343334-25/3-130, 343335-25/3-130, 343336-25/3-130, 343337-25/3-130, 343339-25/3-130, 351433-26/3-130, 351434-26/3-130 від 21.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОЛАР, порошок для розчину для ін'єкцій по 75 мг або 150 мг 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2 мл в ампулах №1 в упаковці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343330-25/3-130, 343331-25/3-130, 343332-25/3-130, 343333-25/3-130, 343334-25/3-130, 343335-25/3-130, 343336-25/3-130, 343337-25/3-130, 343339-25/3-130, 351433-26/3-130, 351434-26/3-130 від 21.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОЛАР, порошок для розчину для ін'єкцій по 75 мг або 150 мг 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2 мл в ампулах №1 в упаковці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343330-25/3-130, 343331-25/3-130, 343332-25/3-130, 343333-25/3-130, 343334-25/3-130, 343335-25/3-130, 343336-25/3-130, 343337-25/3-130, 343339-25/3-130, 351433-26/3-130, 351434-26/3-130 від 21.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОЛАР, порошок для розчину для ін'єкцій по 75 мг або 150 мг 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2 мл в ампулах №1 в упаковці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**343330-25/3-130, 343331-25/3-130, 343332-25/3-130, 343333-25/3-130, 343334-25/3-130, 343335-25/3-130, 343336-25/3-130, 343337-25/3-130, 343339-25/3-130, 351433-26/3-130, 351434-26/3-130 від 21.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСОЛАР, порошок для розчину для ін'єкцій по 75 мг або 150 мг 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2 мл в ампулах №1 в упаковці**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356138-26/3-126 від 07.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КУРІОЗИН, гель, 1,027 мг/г; по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356138-26/3-126 від 07.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КУРІОЗИН, гель, 1,027 мг/г; по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356138-26/3-126 від 07.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КУРІОЗИН, гель, 1,027 мг/г; по 15 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346370-25/3-130 від 15.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЮРЛЕД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 28 таблеток у флаконі, по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Страйдс Фарма Сайенс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346370-25/3-130 від 15.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЮРЛЕД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 28 таблеток у флаконі, по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Страйдс Фарма Сайенс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346370-25/3-130 від 15.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЮРЛЕД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 28 таблеток у флаконі, по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Страйдс Фарма Сайенс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346314-25/3-128 від 15.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЮРЛЕД-ЛП, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг/400 мг; по 28 таблеток у флаконі, по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Страйдс Фарма Сайенс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346314-25/3-128 від 15.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЮРЛЕД-ЛП, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг/400 мг; по 28 таблеток у флаконі, по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Страйдс Фарма Сайенс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346314-25/3-128 від 15.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЮРЛЕД-ЛП, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг/400 мг; по 28 таблеток у флаконі, по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Страйдс Фарма Сайенс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354159-26/B-96 від 09.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВІЦИТАМ, розчин оральний, 100 мг/мл, по 300 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті з мірним шприцом у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354159-26/B-96 від 09.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВІЦИТАМ, розчин оральний, 100 мг/мл, по 300 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті з мірним шприцом у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354159-26/B-96 від 09.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВІЦИТАМ, розчин оральний, 100 мг/мл, по 300 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті з мірним шприцом у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357213-26/3-117, 357214-26/3-117, 357215-26/3-117, 357216-26/3-117, 357217-26/3-117, 357218-26/3-117, 357219-26/3-117, 357220-26/3-117, 357221-26/3-117, 357222-26/3-117 від 27.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕРКАНІДИПІН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357213-26/3-117, 357214-26/3-117, 357215-26/3-117, 357216-26/3-117, 357217-26/3-117, 357218-26/3-117, 357219-26/3-117, 357220-26/3-117, 357221-26/3-117, 357222-26/3-117 від 27.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕРКАНІДИПІН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357213-26/3-117, 357214-26/3-117, 357215-26/3-117, 357216-26/3-117, 357217-26/3-117, 357218-26/3-117, 357219-26/3-117, 357220-26/3-117, 357221-26/3-117, 357222-26/3-117 від 27.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕРКАНІДИПІН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357213-26/3-117, 357214-26/3-117, 357215-26/3-117, 357216-26/3-117, 357217-26/3-117, 357218-26/3-117, 357219-26/3-117, 357220-26/3-117, 357221-26/3-117, 357222-26/3-117 від 27.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕРКАНІДИПІН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357213-26/3-117, 357214-26/3-117, 357215-26/3-117, 357216-26/3-117, 357217-26/3-117, 357218-26/3-117, 357219-26/3-117, 357220-26/3-117, 357221-26/3-117, 357222-26/3-117 від 27.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕРКАНІДИПІН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357213-26/3-117, 357214-26/3-117, 357215-26/3-117, 357216-26/3-117, 357217-26/3-117, 357218-26/3-117, 357219-26/3-117, 357220-26/3-117, 357221-26/3-117, 357222-26/3-117 від 27.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕРКАНІДИПІН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352426-26/B-117 від 09.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 50 мг; по 75 мг; по 150 мг по 10 капсул у блістері, по 3 блістери в коробці; капсули тверді по 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352426-26/B-117 від 09.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 50 мг; по 75 мг; по 150 мг по 10 капсул у блістері, по 3 блістери в коробці; капсули тверді по 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352426-26/B-117 від 09.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 50 мг; по 75 мг; по 150 мг по 10 капсул у блістері, по 3 блістери в коробці; капсули тверді по 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352426-26/B-117 від 09.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 50 мг; по 75 мг; по 150 мг по 10 капсул у блістері, по 3 блістери в коробці; капсули тверді по 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352426-26/B-117 від 09.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 50 мг; по 75 мг; по 150 мг по 10 капсул у блістері, по 3 блістери в коробці; капсули тверді по 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352426-26/B-117 від 09.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 50 мг; по 75 мг; по 150 мг по 10 капсул у блістері, по 3 блістери в коробці; капсули тверді по 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352426-26/B-117 від 09.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 50 мг; по 75 мг; по 150 мг по 10 капсул у блістері, по 3 блістери в коробці; капсули тверді по 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352426-26/B-117 від 09.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 50 мг; по 75 мг; по 150 мг по 10 капсул у блістері, по 3 блістери в коробці; капсули тверді по 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352426-26/B-117 від 09.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 50 мг; по 75 мг; по 150 мг по 10 капсул у блістері, по 3 блістери в коробці; капсули тверді по 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352426-26/B-117 від 09.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 50 мг; по 75 мг; по 150 мг по 10 капсул у блістері, по 3 блістери в коробці; капсули тверді по 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352426-26/B-117 від 09.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 50 мг; по 75 мг; по 150 мг по 10 капсул у блістері, по 3 блістери в коробці; капсули тверді по 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352426-26/B-117 від 09.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНБАГ, капсули тверді по 50 мг; по 75 мг; по 150 мг по 10 капсул у блістері, по 3 блістери в коробці; капсули тверді по 300 мг по 7 капсул у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ "Сандоз Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355628-26/3-137 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕЗОЛІД КРКА, розчин для інфузій, 2 мг/мл; по 300 мл у системі для внутрішньовенного введення; по 1 системі для внутрішньовенного введення в пакеті з ламінованої фольги; по 1 або 10 пакетів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355628-26/3-137 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕЗОЛІД КРКА, розчин для інфузій, 2 мг/мл; по 300 мл у системі для внутрішньовенного введення; по 1 системі для внутрішньовенного введення в пакеті з ламінованої фольги; по 1 або 10 пакетів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355628-26/3-137 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕЗОЛІД КРКА, розчин для інфузій, 2 мг/мл; по 300 мл у системі для внутрішньовенного введення; по 1 системі для внутрішньовенного введення в пакеті з ламінованої фольги; по 1 або 10 пакетів у коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355630-26/3-139 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕЗОЛІД КРКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355630-26/3-139 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕЗОЛІД КРКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355630-26/3-139 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕЗОЛІД КРКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357834-26/B-120 від 11.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНОЗИД, розчин для інфузій, 2 мг/мл; по 300 мл розчину в флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357834-26/B-120 від 11.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНОЗИД, розчин для інфузій, 2 мг/мл; по 300 мл розчину в флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357834-26/B-120 від 11.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНОЗИД, розчин для інфузій, 2 мг/мл; по 300 мл розчину в флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356357-26/3-130 від 10.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАГУРОЛ, таблетки по 4 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі Лімітед, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356357-26/3-130 від 10.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАГУРОЛ, таблетки по 4 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі Лімітед, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356357-26/3-130 від 10.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАГУРОЛ, таблетки по 4 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі Лімітед, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350180-25/B-97 від 15.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛЬДЕКС, розчин для ін'єкцій 100 мг/мл, по 5 мл у флаконах скляних; по 5 флаконів у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350180-25/B-97 від 15.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛЬДЕКС, розчин для ін'єкцій 100 мг/мл, по 5 мл у флаконах скляних; по 5 флаконів у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350180-25/B-97 від 15.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛЬДЕКС, розчин для ін'єкцій 100 мг/мл, по 5 мл у флаконах скляних; по 5 флаконів у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**335737-25/B-120 від 10.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТРОНІДАЗОЛУ БЕНЗОАТ, порошок кристалічний (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах та барабанах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**335737-25/B-120 від 10.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТРОНІДАЗОЛУ БЕНЗОАТ, порошок кристалічний (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах та барабанах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**335737-25/B-120 від 10.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕТРОНІДАЗОЛУ БЕНЗОАТ, порошок кристалічний (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах та барабанах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351394-26/3-116 від 09.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИН, розчин для інфузій, 400 мг/250 мл, по 250 мл препарату в контейнері, по 1 контейнеру в плівці в коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351394-26/3-116 від 09.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИН, розчин для інфузій, 400 мг/250 мл, по 250 мл препарату в контейнері, по 1 контейнеру в плівці в коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351394-26/3-116 від 09.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОКСИН, розчин для інфузій, 400 мг/250 мл, по 250 мл препарату в контейнері, по 1 контейнеру в плівці в коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**340776-25/B-60 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**M'ЯТИ ПЕРЦЕВОЇ ОЛІЯ , рідина (субстанція) по 25 кг або по 180 кг у сталевих барабанах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «ЛЕКО СТАЙЛ», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**340776-25/B-60 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**M'ЯТИ ПЕРЦЕВОЇ ОЛІЯ , рідина (субстанція) по 25 кг або по 180 кг у сталевих барабанах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «ЛЕКО СТАЙЛ», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**340776-25/B-60 від 08.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**M'ЯТИ ПЕРЦЕВОЇ ОЛІЯ , рідина (субстанція) по 25 кг або по 180 кг у сталевих барабанах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «ЛЕКО СТАЙЛ», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**330336-25/З-128, 330337-25/З-128, 330338-25/З-128, 330339-25/З-128 від 21.01.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕБІЛЕТ®, таблетки по 5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**330336-25/З-128, 330337-25/З-128, 330338-25/З-128, 330339-25/З-128 від 21.01.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕБІЛЕТ®, таблетки по 5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**330336-25/З-128, 330337-25/З-128, 330338-25/З-128, 330339-25/З-128 від 21.01.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕБІЛЕТ®, таблетки по 5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356690-26/3-147 від 16.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕФОБОЛ, таблетки, вкриті оболонкою, по 30 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356690-26/3-147 від 16.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕФОБОЛ, таблетки, вкриті оболонкою, по 30 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356690-26/3-147 від 16.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НЕФОБОЛ, таблетки, вкриті оболонкою, по 30 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348373-25/B-147, 348375-25/B-147, 348376-25/B-147, 350045-25/B-147, 357711-26/B-147 від 20.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІМЕЛГАН, гранули для оральної суспензії, по 100 мг; по 10, 20 або 30 саше у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348373-25/B-147, 348375-25/B-147, 348376-25/B-147, 350045-25/B-147, 357711-26/B-147 від 20.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІМЕЛГАН, гранули для оральної суспензії, по 100 мг; по 10, 20 або 30 саше у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348373-25/B-147, 348375-25/B-147, 348376-25/B-147, 350045-25/B-147, 357711-26/B-147 від 20.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІМЕЛГАН, гранули для оральної суспензії, по 100 мг; по 10, 20 або 30 саше у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355829-26/3-117 від 03.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВІНЕТ, таблетки, вкриті оболонкою, 0,15 мг/0,02 мг по 21 таблетці в блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355829-26/3-117 від 03.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВІНЕТ, таблетки, вкриті оболонкою, 0,15 мг/0,02 мг по 21 таблетці в блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355829-26/3-117 від 03.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НОВІНЕТ, таблетки, вкриті оболонкою, 0,15 мг/0,02 мг по 21 таблетці в блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**335258-25/B-45 від 02.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НООТРОФЕН-ФАРКОС, таблетки по 250 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**335258-25/B-45 від 02.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НООТРОФЕН-ФАРКОС, таблетки по 250 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**335258-25/B-45 від 02.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НООТРОФЕН-ФАРКОС, таблетки по 250 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349071-25/3-88 від 28.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НУБЕКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг; по 16 таблеток у блістері, по 7 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349071-25/3-88 від 28.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НУБЕКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг; по 16 таблеток у блістері, по 7 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349071-25/3-88 від 28.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НУБЕКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг; по 16 таблеток у блістері, по 7 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346476-25/3-149 від 16.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКРЕВУС®, концентрат для розчину для інфузій по 300 мг/10 мл; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346476-25/3-149 від 16.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКРЕВУС®, концентрат для розчину для інфузій по 300 мг/10 мл; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	(дата) **__.__.2026**	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346476-25/3-149 від 16.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКРЕВУС®, концентрат для розчину для інфузій по 300 мг/10 мл; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352825-26/B-61 від 16.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИТОЦИН, порошок (субстанція) у поліетиленових контейнерах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "БІОЛІК ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352825-26/B-61 від 16.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИТОЦИН, порошок (субстанція) у поліетиленових контейнерах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "БІОЛІК ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352825-26/B-61 від 16.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИТОЦИН, порошок (субстанція) у поліетиленових контейнерах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВ "БІОЛІК ФАРМА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348349-25/3-144 від 19.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАПЛЕКС 500 МО, порошок та розчинник для розчину для інфузій по 500 МО; дві коробки об'єднуються між собою пластиковою плівкою: картонна коробка № 1: по 1 флакону з порошком для розчину для інфузій та інструкцією про застосування; картонна коробка № 2: по 1 флакону із розчинником (вода для ін'єкцій, 20 мл) у картонній коробці разом з комплектом для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий; 1 комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтровальна голка); 1 комплект для інфузій (голка-метелик); 2 просочених спиртом тампонів). Маркування українською мовою**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348349-25/3-144 від 19.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАПЛЕКС 500 МО, порошок та розчинник для розчину для інфузій по 500 МО; дві коробки об'єднуються між собою пластиковою плівкою: картонна коробка № 1: по 1 флакону з порошком для розчину для інфузій та інструкцією про застосування; картонна коробка № 2: по 1 флакону із розчинником (вода для ін'єкцій, 20 мл) у картонній коробці разом з комплектом для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий; 1 комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтровальна голка); 1 комплект для інфузій (голка-метелик); 2 просочених спиртом тампонів). Маркування українською мовою**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348349-25/3-144 від 19.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКТАПЛЕКС 500 МО, порошок та розчинник для розчину для інфузій по 500 МО; дві коробки об'єднуються між собою пластиковою плівкою: картонна коробка № 1: по 1 флакону з порошком для розчину для інфузій та інструкцією про застосування; картонна коробка № 2: по 1 флакону із розчинником (вода для ін'єкцій, 20 мл) у картонній коробці разом з комплектом для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий; 1 комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтровальна голка); 1 комплект для інфузій (голка-метелик); 2 просочених спиртом тампонів). Маркування українською мовою**
Заявник	**Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345240-25/3-116 від 25.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОППРАМ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345240-25/3-116 від 25.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОППРАМ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345240-25/3-116 від 25.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОППРАМ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону**
Заявник	**ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355315-26/3-123 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОРГАНОРІК® , гранули для оральної суспензії, по 10 мг або по 30 мг; по 16 саше в картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355315-26/3-123 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОРГАНОРІК® , гранули для оральної суспензії, по 10 мг або по 30 мг; по 16 саше в картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355315-26/3-123 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОРГАНОРІК® , гранули для оральної суспензії, по 10 мг або по 30 мг; по 16 саше в картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355315-26/3-123 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОРГАНОРІК® , гранули для оральної суспензії, по 10 мг або по 30 мг; по 16 саше в картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355315-26/3-123 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОРГАНОРІК® , гранули для оральної суспензії, по 10 мг або по 30 мг; по 16 саше в картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355315-26/3-123 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОРГАНОРІК® , гранули для оральної суспензії, по 10 мг або по 30 мг; по 16 саше в картонній коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356313-26/3-130, 356314-26/3-130, 356315-26/3-130, 356316-26/3-130 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАДЦЕВ, порошок для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 20 мг, 30 мг по 1 флакону в картонній пачці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356313-26/3-130, 356314-26/3-130, 356315-26/3-130, 356316-26/3-130 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАДЦЕВ, порошок для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 20 мг, 30 мг по 1 флакону в картонній пачці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356313-26/3-130, 356314-26/3-130, 356315-26/3-130, 356316-26/3-130 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАДЦЕВ, порошок для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 20 мг, 30 мг по 1 флакону в картонній пачці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356313-26/3-130, 356314-26/3-130, 356315-26/3-130, 356316-26/3-130 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАДЦЕВ, порошок для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 20 мг, 30 мг по 1 флакону в картонній пачці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356313-26/3-130, 356314-26/3-130, 356315-26/3-130, 356316-26/3-130 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАДЦЕВ, порошок для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 20 мг, 30 мг по 1 флакону в картонній пачці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356313-26/3-130, 356314-26/3-130, 356315-26/3-130, 356316-26/3-130 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАДЦЕВ, порошок для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 20 мг, 30 мг по 1 флакону в картонній пачці**
Заявник	**Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348264-25/3-139, 355426-26/3-139 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАКЛІТАКСЕЛ АМАКСА, концентрат для розчину для інфузій, 6 мг/мл** **по 5 мл, 16,7 мл або 50 мл у флаконі з маркуванням українською мовою; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами;** **по 5 мл, 16,7 мл або 50 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348264-25/3-139, 355426-26/3-139 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАКЛІТАКСЕЛ АМАКСА, концентрат для розчину для інфузій, 6 мг/мл** **по 5 мл, 16,7 мл або 50 мл у флаконі з маркуванням українською мовою; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами;** **по 5 мл, 16,7 мл або 50 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348264-25/3-139, 355426-26/3-139 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАКЛІТАКСЕЛ АМАКСА, концентрат для розчину для інфузій, 6 мг/мл** **по 5 мл, 16,7 мл або 50 мл у флаконі з маркуванням українською мовою; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами;** **по 5 мл, 16,7 мл або 50 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345452-25/B-45 від 30.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАЛЛАДА-НС, спрей назальний, розчин, 665 мкг/доза, по 30 мл (240 доз) у флаконі із дозуючим пристроєм та захисним ковпачком; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345452-25/B-45 від 30.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАЛЛАДА-НС, спрей назальний, розчин, 665 мкг/доза, по 30 мл (240 доз) у флаконі із дозуючим пристроєм та захисним ковпачком; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345452-25/B-45 від 30.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАЛЛАДА-НС, спрей назальний, розчин, 665 мкг/доза, по 30 мл (240 доз) у флаконі із дозуючим пристроєм та захисним ковпачком; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**319639-24/B-97 від 25.07.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНКРЕАТИН 10 000, пелети (субстанція) у щільно закритих світлостійких контейнерах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "БЕРКАНА+", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**319639-24/B-97 від 25.07.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНКРЕАТИН 10 000, пелети (субстанція) у щільно закритих світлостійких контейнерах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "БЕРКАНА+", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**319639-24/B-97 від 25.07.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНКРЕАТИН 10 000, пелети (субстанція) у щільно закритих світлостійких контейнерах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "БЕРКАНА+", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**319638-24/B-97 від 25.07.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНКРЕАТИН 25 000, пелети (субстанція) у щільно закритих світлостійких контейнерах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "БЕРКАНА+", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**319638-24/B-97 від 25.07.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНКРЕАТИН 25 000, пелети (субстанція) у щільно закритих світлостійких контейнерах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "БЕРКАНА+", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**319638-24/B-97 від 25.07.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНКРЕАТИН 25 000, пелети (субстанція) у щільно закритих світлостійких контейнерах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "БЕРКАНА+", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356504-26/B-117, 356505-26/B-117, 356506-26/B-117 від 13.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАРАЦЕТАМОЛ-ДАРНИЦЯ, таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 10 контурних чарункових упаковок у пачці; по 10 таблеток у контурних чарункових упаковках**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356504-26/B-117, 356505-26/B-117, 356506-26/B-117 від 13.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАРАЦЕТАМОЛ-ДАРНИЦЯ, таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 10 контурних чарункових упаковок у пачці; по 10 таблеток у контурних чарункових упаковках**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356504-26/B-117, 356505-26/B-117, 356506-26/B-117 від 13.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАРАЦЕТАМОЛ-ДАРНИЦЯ, таблетки по 200 мг; по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 10 контурних чарункових упаковок у пачці; по 10 таблеток у контурних чарункових упаковках**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**333346-25/3-100 від 04.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕВЕНАР 20 ВАКЦИНА ПНЕВМОКОКОВА ПОЛІСАХАРИДНА КОН'ЮГОВАНА (20-ВАЛЕНТНА, АДСОРБОВАНА), суспензія для ін'єкцій, 1 доза (0,5 мл); по 1 дозі у попередньо наповненому шприці. По 1 попередньо наповненому шприцу з відокремленою голкою в герметичному термоформованому лотку в картонній коробці. По 5 попередньо наповнених шприців в герметичному термоформованому лотку; по 2 лотки разом з відокремленими голками або без них в картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**333346-25/3-100 від 04.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕВЕНАР 20 ВАКЦИНА ПНЕВМОКОКОВА ПОЛІСАХАРИДНА КОН'ЮГОВАНА (20-ВАЛЕНТНА, АДСОРБОВАНА), суспензія для ін'єкцій, 1 доза (0,5 мл); по 1 дозі у попередньо наповненому шприці. По 1 попередньо наповненому шприцу з відокремленою голкою в герметичному термоформованому лотку в картонній коробці. По 5 попередньо наповнених шприців в герметичному термоформованому лотку; по 2 лотки разом з відокремленими голками або без них в картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**333346-25/3-100 від 04.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРЕВЕНАР 20 ВАКЦИНА ПНЕВМОКОКОВА ПОЛІСАХАРИДНА КОН'ЮГОВАНА (20-ВАЛЕНТНА, АДСОРБОВАНА), суспензія для ін'єкцій, 1 доза (0,5 мл); по 1 дозі у попередньо наповненому шприці. По 1 попередньо наповненому шприцу з відокремленою голкою в герметичному термоформованому лотку в картонній коробці. По 5 попередньо наповнених шприців в герметичному термоформованому лотку; по 2 лотки разом з відокремленими голками або без них в картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360016-26/З-149 від 16.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОКТО-ГЛІВЕНОЛ, крем ректальний; по 30 г крему у тубі; по 1 тубі у комплекті з насадкою у картонній пачці**
Заявник	**Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360016-26/3-149 від 16.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОКТО-ГЛІВЕНОЛ, крем ректальний; по 30 г крему у тубі; по 1 тубі у комплекті з насадкою у картонній пачці**
Заявник	**Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**360016-26/З-149 від 16.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОКТО-ГЛІВЕНОЛ, крем ректальний; по 30 г крему у тубі; по 1 тубі у комплекті з насадкою у картонній пачці**
Заявник	**Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358234-26/3-120 від 15.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОКТОЗАН®НЕО, мазь ректальна, по 20 г мазі у тубі; по 1 тубі з аплікатором у картонній коробці**
Заявник	**"Хемофарм" АД, Республіка Сербія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358234-26/3-120 від 15.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОКТОЗАН®НЕО, мазь ректальна, по 20 г мазі у тубі; по 1 тубі з аплікатором у картонній коробці**
Заявник	**"Хемофарм" АД, Республіка Сербія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358234-26/3-120 від 15.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОКТОЗАН®НЕО, мазь ректальна, по 20 г мазі у тубі; по 1 тубі з аплікатором у картонній коробці**
Заявник	**"Хемофарм" АД, Республіка Сербія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355313-26/3-123 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОТЕКОН ФАСТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, № 30: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; № 60: по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці з картону; № 90: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; по 3 пачки у пачці з картону; по 30, 60 або 90 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у пачці з картону; in bulk: по 1000 таблеток у пакетах; по 1 пакету у коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355313-26/3-123 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОТЕКОН ФАСТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, № 30: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; № 60: по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці з картону; № 90: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; по 3 пачки у пачці з картону; по 30, 60 або 90 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у пачці з картону; in bulk: по 1000 таблеток у пакетах; по 1 пакету у коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355313-26/3-123 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОТЕКОН ФАСТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, № 30: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; № 60: по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці з картону; № 90: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; по 3 пачки у пачці з картону; по 30, 60 або 90 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у пачці з картону; in bulk: по 1000 таблеток у пакетах; по 1 пакету у коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355313-26/3-123 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОТЕКОН ФАСТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, № 30: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; № 60: по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці з картону; № 90: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; по 3 пачки у пачці з картону; по 30, 60 або 90 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у пачці з картону; in bulk: по 1000 таблеток у пакетах; по 1 пакету у коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355313-26/3-123 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОТЕКОН ФАСТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, № 30: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; № 60: по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці з картону; № 90: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; по 3 пачки у пачці з картону; по 30, 60 або 90 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у пачці з картону; in bulk: по 1000 таблеток у пакетах; по 1 пакету у коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355313-26/3-123 від 26.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОТЕКОН ФАСТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, № 30: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; № 60: по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці з картону; № 90: по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону; по 3 пачки у пачці з картону; по 30, 60 або 90 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у пачці з картону; in bulk: по 1000 таблеток у пакетах; по 1 пакету у коробці**
Заявник	**ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357028-26/3-148 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАБЕЗОЛ, таблетки кишковорозчинні по 20 мг, по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці**
Заявник	**КУПФЕР БІОТЕХ, УАБ, Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357028-26/3-148 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАБЕЗОЛ, таблетки кишковорозчинні по 20 мг, по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці**
Заявник	**КУПФЕР БІОТЕХ, УАБ, Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357028-26/3-148 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАБЕЗОЛ, таблетки кишковорозчинні по 20 мг, по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці**
Заявник	**КУПФЕР БІОТЕХ, УАБ, Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349957-25/B-148, 349960-25/B-148 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАНІТИДИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 150 мг; по 10 таблеток у стрипі, по 2 або 10 стрипів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349957-25/B-148, 349960-25/B-148 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАНІТИДИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 150 мг; по 10 таблеток у стрипі, по 2 або 10 стрипів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**349957-25/B-148, 349960-25/B-148 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАНІТИДИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 150 мг; по 10 таблеток у стрипі, по 2 або 10 стрипів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355929-26/3-140 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕАГІЛА, капсули тверді по 1,5 мг або по 3 мг; по 7 капсул у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній упаковці; капсули тверді по 4,5 мг або по 6 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355929-26/3-140 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕАГІЛА, капсули тверді по 1,5 мг або по 3 мг; по 7 капсул у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній упаковці; капсули тверді по 4,5 мг або по 6 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355929-26/3-140 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕАГІЛА, капсули тверді по 1,5 мг або по 3 мг; по 7 капсул у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній упаковці; капсули тверді по 4,5 мг або по 6 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355929-26/3-140 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕАГІЛА, капсули тверді по 1,5 мг або по 3 мг; по 7 капсул у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній упаковці; капсули тверді по 4,5 мг або по 6 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355929-26/3-140 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕАГІЛА, капсули тверді по 1,5 мг або по 3 мг; по 7 капсул у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній упаковці; капсули тверді по 4,5 мг або по 6 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355929-26/3-140 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕАГІЛА, капсули тверді по 1,5 мг або по 3 мг; по 7 капсул у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній упаковці; капсули тверді по 4,5 мг або по 6 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355929-26/3-140 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕАГІЛА, капсули тверді по 1,5 мг або по 3 мг; по 7 капсул у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній упаковці; капсули тверді по 4,5 мг або по 6 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355929-26/3-140 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕАГІЛА, капсули тверді по 1,5 мг або по 3 мг; по 7 капсул у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній упаковці; капсули тверді по 4,5 мг або по 6 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355929-26/3-140 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕАГІЛА, капсули тверді по 1,5 мг або по 3 мг; по 7 капсул у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній упаковці; капсули тверді по 4,5 мг або по 6 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355929-26/3-140 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕАГІЛА, капсули тверді по 1,5 мг або по 3 мг; по 7 капсул у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній упаковці; капсули тверді по 4,5 мг або по 6 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355929-26/3-140 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕАГІЛА, капсули тверді по 1,5 мг або по 3 мг; по 7 капсул у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній упаковці; капсули тверді по 4,5 мг або по 6 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**355929-26/3-140 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕАГІЛА, капсули тверді по 1,5 мг або по 3 мг; по 7 капсул у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній упаковці; капсули тверді по 4,5 мг або по 6 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357958-26/3-147 від 12.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕВІВАЛ®, капсули гастрорезистентні тверді по 30 мг або 60 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі Лімітед, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357958-26/3-147 від 12.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕВІВАЛ®, капсули гастрорезистентні тверді по 30 мг або 60 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі Лімітед, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357958-26/3-147 від 12.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕВІВАЛ®, капсули гастрорезистентні тверді по 30 мг або 60 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі Лімітед, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357958-26/3-147 від 12.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕВІВАЛ®, капсули гастрорезистентні тверді по 30 мг або 60 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі Лімітед, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357958-26/3-147 від 12.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕВІВАЛ®, капсули гастрорезистентні тверді по 30 мг або 60 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі Лімітед, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357958-26/3-147 від 12.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕВІВАЛ®, капсули гастрорезистентні тверді по 30 мг або 60 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Медокемі Лімітед, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350009-25/3-126 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці; 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	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350009-25/3-126 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці; 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	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350009-25/3-126 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці; 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	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350009-25/3-126 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці; 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	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350009-25/3-126 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці; 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	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350009-25/3-126 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці; 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	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350009-25/3-126 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці; 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	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350009-25/3-126 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці; 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	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350009-25/3-126 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці; 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	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350009-25/3-126 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці; 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	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350009-25/3-126 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці; 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	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350009-25/3-126 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці; 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	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350009-25/3-126 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці; 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	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350009-25/3-126 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці; 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	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350009-25/3-126 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕФАКТО АФ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 250 МО, по 500 МО, по 1000 МО, по 2000 МО; 1 флакон з ліофілізатом у комплекті з 1 попередньо наповненим шприцом з розчинником по 4 мл (натрію хлорид (9 мг/мл), вода для ін'єкцій), 1 адаптером для флакону, 1 системою для інфузії, 2 тампонами зі спиртом, 1 пластирем та 1 марлевою подушечкою в картонній коробці; 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	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352544-26/3-88 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗЕТИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/10 мг; 20 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352544-26/3-88 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗЕТИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/10 мг; 20 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352544-26/3-88 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗЕТИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/10 мг; 20 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352544-26/3-88 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗЕТИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/10 мг; 20 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352544-26/3-88 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗЕТИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/10 мг; 20 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352544-26/3-88 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗЕТИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг/10 мг; 20 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 6 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**Зентіва, к.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357419-26/B-148, 357423-26/B-148 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САНАКОМ, розчин для ін`єкцій 10 мг/мл; по 1,5 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 блістеру в пачці**
Заявник	**ТОВ "Українська фармацевтична компанія", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357419-26/B-148, 357423-26/B-148 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САНАКОМ, розчин для ін`єкцій 10 мг/мл; по 1,5 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 блістеру в пачці**
Заявник	**ТОВ "Українська фармацевтична компанія", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**357419-26/B-148, 357423-26/B-148 від 01.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САНАКОМ, розчин для ін`єкцій 10 мг/мл; по 1,5 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 блістеру в пачці**
Заявник	**ТОВ "Українська фармацевтична компанія", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352241-26/B-145 від 02.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕПТАВІОЛ 70%, розчин для зовнішнього застосування 70 %; по 50 мл у флаконах скляних або полімерних, укупорених пробкою та кришкою або кришкою з контролем першого розкриття; по 100 мл у флаконах скляних або полімерних, укупорених пробкою та кришкою або кришкою з контролем першого розкриття або алюмінієвими ковпачками; по 0,5 л або по 1 л, або по 2 л, або по 5 л, або по 10 л, або по 20 л у каністрах**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352241-26/B-145 від 02.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕПТАВІОЛ 70%, розчин для зовнішнього застосування 70 %; по 50 мл у флаконах скляних або полімерних, укупорених пробкою та кришкою або кришкою з контролем першого розкриття; по 100 мл у флаконах скляних або полімерних, укупорених пробкою та кришкою або кришкою з контролем першого розкриття або алюмінієвими ковпачками; по 0,5 л або по 1 л, або по 2 л, або по 5 л, або по 10 л, або по 20 л у каністрах**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352241-26/B-145 від 02.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕПТАВІОЛ 70%, розчин для зовнішнього застосування 70 %; по 50 мл у флаконах скляних або полімерних, укупорених пробкою та кришкою або кришкою з контролем першого розкриття; по 100 мл у флаконах скляних або полімерних, укупорених пробкою та кришкою або кришкою з контролем першого розкриття або алюмінієвими ковпачками; по 0,5 л або по 1 л, або по 2 л, або по 5 л, або по 10 л, або по 20 л у каністрах**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352499-26/B-100 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМЕТИКОН, таблетки, вкриті оболонкою, по 125 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352499-26/B-100 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМЕТИКОН, таблетки, вкриті оболонкою, по 125 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352499-26/B-100 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИМЕТИКОН, таблетки, вкриті оболонкою, по 125 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери у коробці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346843-25/3-124 від 23.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛУ-КОРТЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій по 100 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці; 25 флаконів з порошком у піддоні для транспортування (без вторинної упаковки)**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346843-25/3-124 від 23.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛУ-КОРТЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій по 100 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці; 25 флаконів з порошком у піддоні для транспортування (без вторинної упаковки)**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346843-25/3-124 від 23.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛУ-КОРТЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій по 100 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці; 25 флаконів з порошком у піддоні для транспортування (без вторинної упаковки)**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ІНК., США**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352015-26/B-60 від 28.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПИРТ ЕТИЛОВИЙ 70% , розчин для зовнішнього застосування 70 %** **по 50 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками;** **по 100 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками;** **по 100 мл у флаконах скляних, укупорених алюмінієвими кришками;** **по 200 мл у банках скляних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 50 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 50 мл у флаконах полімерних, укупорених пробками-крапельницями та кришками з контролем першого розкриття;** **по 100 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 200 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 0,5 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 1 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 2 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 5 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 10 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 20 л у каністрах, укупорених кришками.**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352015-26/B-60 від 28.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПИРТ ЕТИЛОВИЙ 70% , розчин для зовнішнього застосування 70 %** **по 50 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками;** **по 100 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками;** **по 100 мл у флаконах скляних, укупорених алюмінієвими кришками;** **по 200 мл у банках скляних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 50 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 50 мл у флаконах полімерних, укупорених пробками-крапельницями та кришками з контролем першого розкриття;** **по 100 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 200 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 0,5 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 1 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 2 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 5 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 10 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 20 л у каністрах, укупорених кришками.**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

<table>
<tr><td>Відмовлено, причина</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">Передано оператором ВСО

Прийнято співробітником ВЛ УДЗД</td><td>__.__.2026</td><td></td></tr>
<tr><td>(дата)
__.__.2026</td><td>(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)</td></tr>
<tr><td>(дата)</td><td>(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)</td></tr>
</table>

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352015-26/B-60 від 28.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПИРТ ЕТИЛОВИЙ 70% , розчин для зовнішнього застосування 70 %** **по 50 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками;** **по 100 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками;** **по 100 мл у флаконах скляних, укупорених алюмінієвими кришками;** **по 200 мл у банках скляних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 50 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 50 мл у флаконах полімерних, укупорених пробками-крапельницями та кришками з контролем першого розкриття;** **по 100 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 200 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 0,5 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 1 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 2 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 5 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 10 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 20 л у каністрах, укупорених кришками.**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352234-26/B-145 від 02.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПИРТ ЕТИЛОВИЙ 96% , розчин для зовнішнього застосування 96 %;** **по 50 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками;** **по 100 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками;** **по 100 мл у флаконах скляних, укупорених алюмінієвими кришками;** **по 200 мл у банках скляних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 50 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 50 мл у флаконах полімерних, укупорених пробками-крапельницями та кришками з контролем першого розкриття;** **по 100 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 200 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 0,5 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 1 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 2 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 5 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 10 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 20 л у каністрах, укупорених кришками**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352234-26/B-145 від 02.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПИРТ ЕТИЛОВИЙ 96% , розчин для зовнішнього застосування 96 %;** **по 50 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками;** **по 100 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками;** **по 100 мл у флаконах скляних, укупорених алюмінієвими кришками;** **по 200 мл у банках скляних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 50 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 50 мл у флаконах полімерних, укупорених пробками-крапельницями та кришками з контролем першого розкриття;** **по 100 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 200 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 0,5 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 1 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 2 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 5 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 10 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 20 л у каністрах, укупорених кришками**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

<table>
<tr><td>Відмовлено, причина</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">Передано оператором ВСО

Прийнято співробітником ВЛ УДЗД</td><td>__.__.2026</td><td></td></tr>
<tr><td>(дата)
__.__.2026</td><td>(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)</td></tr>
<tr><td>(дата)</td><td>(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)</td></tr>
</table>

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**352234-26/B-145 від 02.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПИРТ ЕТИЛОВИЙ 96% , розчин для зовнішнього застосування 96 %;** **по 50 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками;** **по 100 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками;** **по 100 мл у флаконах скляних, укупорених алюмінієвими кришками;** **по 200 мл у банках скляних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 50 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 50 мл у флаконах полімерних, укупорених пробками-крапельницями та кришками з контролем першого розкриття;** **по 100 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 200 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 0,5 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 1 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 2 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 5 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 10 л у каністрах, укупорених кришками;** **по 20 л у каністрах, укупорених кришками**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348267-25/3-100, 348268-25/3-100, 348269-25/3-100, 348270-25/3-100 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТАМАРИЛ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЖОВТОЇ ЛИХОМАНКИ (ЖИВА АТЕНУЙОВАНА), порошок та розчинник для суспензії для ін'єкцій, не менше ніж 1000 МО/доза; - по 1 дозі у флаконі та розчинник (натрію хлорид, вода для ін'єкцій) по 0,5 мл у попередньо заповненому шприцу з прикріпленою голкою; по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу з прикріпленою голкою в картонній коробці; по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу з прикріпленою голкою в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; - по 1 дозі у флаконі та розчинник (натрію хлорид, вода для ін'єкцій) по 0,5 мл у попередньо заповненому шприцу з однією або двома окремими голками; по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу з 1 або 2 окремими голками у блістері в картонній коробці; - по 1 дозі у флаконі та розчинник (натрію хлорид, вода для ін'єкцій) по 0,5 мл у попередньо заповненому шприцу з однією або двома окремими голками; по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу з 1 або 2 окремими голками у блістері в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування. Маркування українською мовою. - по 1 дозі у флаконі та розчинник (натрію хлорид, вода для ін'єкцій) по 0,5 мл у попередньо заповненому шприцу з прикріпленою голкою; по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу з прикріпленою голкою в картонній коробці зі стикером українською мовою; - по 1 дозі у флаконі та розчинник (натрію хлорид, вода для ін'єкцій) по 0,5 мл у попередньо заповненому шприцу з однією або двома окремими голками; по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу з 1 або 2 окремими голками у блістері в картонній коробці зі стикером українською мовою**
Заявник	**Санофі Вінтроп Індастрі, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	

Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348267-25/3-100, 348268-25/3-100, 348269-25/3-100, 348270-25/3-100 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТАМАРИЛ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЖОВТОЇ ЛИХОМАНКИ (ЖИВА АТЕНУЙОВАНА), порошок та розчинник для суспензії для ін'єкцій, не менше ніж 1000 МО/доза; - по 1 дозі у флаконі та розчинник (натрію хлорид, вода для ін'єкцій) по 0,5 мл у попередньо заповненому шприцу з прикріпленою голкою; по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу з прикріпленою голкою в картонній коробці; по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу з прикріпленою голкою в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; - по 1 дозі у флаконі та розчинник (натрію хлорид, вода для ін'єкцій) по 0,5 мл у попередньо заповненому шприцу з однією або двома окремими голками; по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу з 1 або 2 окремими голками у блістері в картонній коробці; - по 1 дозі у флаконі та розчинник (натрію хлорид, вода для ін'єкцій) по 0,5 мл у попередньо заповненому шприцу з однією або двома окремими голками; по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу з 1 або 2 окремими голками у блістері в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування. Маркування українською мовою. - по 1 дозі у флаконі та розчинник (натрію хлорид, вода для ін'єкцій) по 0,5 мл у попередньо заповненому шприцу з прикріпленою голкою; по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу з прикріпленою голкою в картонній коробці зі стикером українською мовою; - по 1 дозі у флаконі та розчинник (натрію хлорид, вода для ін'єкцій) по 0,5 мл у попередньо заповненому шприцу з однією або двома окремими голками; по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу з 1 або 2 окремими голками у блістері в картонній коробці зі стикером українською мовою**
Заявник	**Санофі Вінтроп Індастрі, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	

Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**348267-25/3-100, 348268-25/3-100, 348269-25/3-100, 348270-25/3-100 від 18.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТАМАРИЛ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЖОВТОЇ ЛИХОМАНКИ (ЖИВА АТЕНУЙОВАНА), порошок та розчинник для суспензії для ін'єкцій, не менше ніж 1000 МО/доза; - по 1 дозі у флаконі та розчинник (натрію хлорид, вода для ін'єкцій) по 0,5 мл у попередньо заповненому шприцу з прикріпленою голкою; по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу з прикріпленою голкою в картонній коробці; по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу з прикріпленою голкою в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; - по 1 дозі у флаконі та розчинник (натрію хлорид, вода для ін'єкцій) по 0,5 мл у попередньо заповненому шприцу з однією або двома окремими голками; по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу з 1 або 2 окремими голками у блістері в картонній коробці; - по 1 дозі у флаконі та розчинник (натрію хлорид, вода для ін'єкцій) по 0,5 мл у попередньо заповненому шприцу з однією або двома окремими голками; по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу з 1 або 2 окремими голками у блістері в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування. Маркування українською мовою. - по 1 дозі у флаконі та розчинник (натрію хлорид, вода для ін'єкцій) по 0,5 мл у попередньо заповненому шприцу з прикріпленою голкою; по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу з прикріпленою голкою в картонній коробці зі стикером українською мовою; - по 1 дозі у флаконі та розчинник (натрію хлорид, вода для ін'єкцій) по 0,5 мл у попередньо заповненому шприцу з однією або двома окремими голками; по 1 флакону з порошком та 1 попередньо заповненому шприцу з 1 або 2 окремими голками у блістері в картонній коробці зі стикером українською мовою**
Заявник	**Санофі Вінтроп Індастрі, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	

Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356891-26/B-117, 356893-26/B-117 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАЛІПРЕС® АСІНО, таблетки по 25 мг; по 50 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356891-26/B-117, 356893-26/B-117 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАЛІПРЕС® АСІНО, таблетки по 25 мг; по 50 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356891-26/B-117, 356893-26/B-117 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАЛІПРЕС® АСІНО, таблетки по 25 мг; по 50 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356891-26/B-117, 356893-26/B-117 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАЛІПРЕС® АСІНО, таблетки по 25 мг; по 50 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356891-26/B-117, 356893-26/B-117 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАЛІПРЕС® АСІНО, таблетки по 25 мг; по 50 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**356891-26/B-117, 356893-26/B-117 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАЛІПРЕС® АСІНО, таблетки по 25 мг; по 50 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345990-25/3-100, 355767-26/3-100, 355768-26/3-100, 355769-26/3-100 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЗПАЙР, розчин для ін'єкцій, 210 мг/1,91 мл (110 мг/мл); розчин для ін’єкцій у попередньо наповненому шприці одноразового використання із незнімною голкою із захисним ковпачком та обмежувачем ходу поршня; по 1 попередньо наповненому шприцу одноразового використання у термоформованому блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; розчин для ін’єкцій у попередньо наповненій шприц-ручці одноразового використання для автоматичного введення із незнімною голкою із захисним ковпачком та обмежувачем ходу поршня; по 1 попередньо наповненій шприц-ручці одноразового використання для автоматичного введення в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345990-25/З-100, 355767-26/З-100, 355768-26/З-100, 355769-26/З-100 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЗПАЙР, розчин для ін'єкцій, 210 мг/1,91 мл (110 мг/мл); розчин для ін’єкцій у попередньо наповненому шприці одноразового використання із незнімною голкою із захисним ковпачком та обмежувачем ходу поршня; по 1 попередньо наповненому шприцу одноразового використання у термоформованому блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; розчин для ін’єкцій у попередньо наповненій шприц-ручці одноразового використання для автоматичного введення із незнімною голкою із захисним ковпачком та обмежувачем ходу поршня; по 1 попередньо наповненій шприц-ручці одноразового використання для автоматичного введення в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345990-25/3-100, 355767-26/3-100, 355768-26/3-100, 355769-26/3-100 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЗПАЙР, розчин для ін'єкцій, 210 мг/1,91 мл (110 мг/мл); розчин для ін’єкцій у попередньо наповненому шприці одноразового використання із незнімною голкою із захисним ковпачком та обмежувачем ходу поршня; по 1 попередньо наповненому шприцу одноразового використання у термоформованому блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; розчин для ін’єкцій у попередньо наповненій шприц-ручці одноразового використання для автоматичного введення із незнімною голкою із захисним ковпачком та обмежувачем ходу поршня; по 1 попередньо наповненій шприц-ручці одноразового використання для автоматичного введення в картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника

		УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358569-26/B-96 від 22.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕОФІЛІН (ТЕОФІЛІН БЕЗВОДНИЙ), кристалічний порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358569-26/B-96 від 22.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕОФІЛІН (ТЕОФІЛІН БЕЗВОДНИЙ), кристалічний порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358569-26/B-96 від 22.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕОФІЛІН (ТЕОФІЛІН БЕЗВОДНИЙ), кристалічний порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351323-26/З-120, 351324-26/З-120 від 08.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИЗЕРЦИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 50 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351323-26/3-120, 351324-26/3-120 від 08.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИЗЕРЦИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 50 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351323-26/З-120, 351324-26/З-120 від 08.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИЗЕРЦИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 50 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**340376-25/B-137 від 01.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИКАГРЕЛОР-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг або 90 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 або 12 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**340376-25/B-137 від 01.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИКАГРЕЛОР-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг або 90 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 або 12 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**340376-25/B-137 від 01.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИКАГРЕЛОР-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг або 90 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 або 12 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**340376-25/B-137 від 01.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИКАГРЕЛОР-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг або 90 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 або 12 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**340376-25/B-137 від 01.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИКАГРЕЛОР-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг або 90 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 або 12 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**340376-25/B-137 від 01.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТИКАГРЕЛОР-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг або 90 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 або 12 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353069-26/B-100 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОПІРАМАТ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353069-26/B-100 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОПІРАМАТ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**353069-26/B-100 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТОПІРАМАТ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354381-26/B-28, 354382-26/B-28 від 12.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМОВА КИСЛОТА, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 1 блістеру в пачці; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 2 блістери в пачці; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 10 блістерів в пачці.**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354381-26/B-28, 354382-26/B-28 від 12.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМОВА КИСЛОТА, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 1 блістеру в пачці; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 2 блістери в пачці; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 10 блістерів в пачці.**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354381-26/B-28, 354382-26/B-28 від 12.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМОВА КИСЛОТА, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 1 блістеру в пачці; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 2 блістери в пачці; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 10 блістерів в пачці.**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354383-26/B-28, 354384-26/B-28 від 12.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМОВА КИСЛОТА, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 1 блістеру в пачці; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 2 блістери в пачці; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 10 блістерів в пачці.**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354383-26/B-28, 354384-26/B-28 від 12.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМОВА КИСЛОТА, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 1 блістеру в пачці; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 2 блістери в пачці; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 10 блістерів в пачці.**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**354383-26/B-28, 354384-26/B-28 від 12.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАНЕКСАМОВА КИСЛОТА, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 1 блістеру в пачці; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 2 блістери в пачці; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 10 блістерів в пачці.**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358932-26/3-28, 358933-26/3-28, 358934-26/3-28, 358935-26/3-28 від 28.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНІЛАТ, краплі очні, розчин 50 мкг/мл по 2,5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Унімед Фарма", Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358932-26/3-28, 358933-26/3-28, 358934-26/3-28, 358935-26/3-28 від 28.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНІЛАТ, краплі очні, розчин 50 мкг/мл по 2,5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Унімед Фарма", Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358932-26/3-28, 358933-26/3-28, 358934-26/3-28, 358935-26/3-28 від 28.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНІЛАТ, краплі очні, розчин 50 мкг/мл по 2,5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Унімед Фарма", Словацька Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345341-25/3-148 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОГЕН , капсули по 500 мг; по 25 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345341-25/3-148 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОГЕН , капсули по 500 мг; по 25 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345341-25/3-148 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОГЕН , капсули по 500 мг; по 25 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345280-25/3-45 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОГЕН, капсули по 250 мг, по 25 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345280-25/3-45 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОГЕН, капсули по 250 мг, по 25 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345280-25/3-45 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРСОГЕН, капсули по 250 мг, по 25 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
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**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358248-26/B-148 від 15.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЗЕКС®, гель, 0,1 %, по 30 г в алюмінієвій тубі, по 1 тубі у картонній упаковці; in bulk: № 144 (1х144) туби: по 30 г в алюмінієвій тубі, по 144 туби у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358248-26/B-148 від 15.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЗЕКС®, гель, 0,1 %, по 30 г в алюмінієвій тубі, по 1 тубі у картонній упаковці; in bulk: № 144 (1х144) туби: по 30 г в алюмінієвій тубі, по 144 туби у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358248-26/B-148 від 15.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЗЕКС®, гель, 0,1 %, по 30 г в алюмінієвій тубі, по 1 тубі у картонній упаковці; in bulk: № 144 (1х144) туби: по 30 г в алюмінієвій тубі, по 144 туби у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358248-26/B-148 від 15.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЗЕКС®, гель, 0,1 %, по 30 г в алюмінієвій тубі, по 1 тубі у картонній упаковці; in bulk: № 144 (1х144) туби: по 30 г в алюмінієвій тубі, по 144 туби у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358248-26/B-148 від 15.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЗЕКС®, гель, 0,1 %, по 30 г в алюмінієвій тубі, по 1 тубі у картонній упаковці; in bulk: № 144 (1х144) туби: по 30 г в алюмінієвій тубі, по 144 туби у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358248-26/B-148 від 15.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАЗЕКС®, гель, 0,1 %, по 30 г в алюмінієвій тубі, по 1 тубі у картонній упаковці; in bulk: № 144 (1х144) туби: по 30 г в алюмінієвій тубі, по 144 туби у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341512-25/B-152 від 18.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕЛОДИП, таблетки з модифікованим вивільненням по 2,5 мг; таблетки з модифікованим вивільненням по 5 мг; таблетки з модифікованим вивільненням по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341512-25/B-152 від 18.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕЛОДИП, таблетки з модифікованим вивільненням по 2,5 мг; таблетки з модифікованим вивільненням по 5 мг; таблетки з модифікованим вивільненням по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341512-25/B-152 від 18.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕЛОДИП, таблетки з модифікованим вивільненням по 2,5 мг; таблетки з модифікованим вивільненням по 5 мг; таблетки з модифікованим вивільненням по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341512-25/B-152 від 18.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕЛОДИП, таблетки з модифікованим вивільненням по 2,5 мг; таблетки з модифікованим вивільненням по 5 мг; таблетки з модифікованим вивільненням по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341512-25/B-152 від 18.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕЛОДИП, таблетки з модифікованим вивільненням по 2,5 мг; таблетки з модифікованим вивільненням по 5 мг; таблетки з модифікованим вивільненням по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341512-25/B-152 від 18.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕЛОДИП, таблетки з модифікованим вивільненням по 2,5 мг; таблетки з модифікованим вивільненням по 5 мг; таблетки з модифікованим вивільненням по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341512-25/B-152 від 18.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕЛОДИП, таблетки з модифікованим вивільненням по 2,5 мг; таблетки з модифікованим вивільненням по 5 мг; таблетки з модифікованим вивільненням по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341512-25/B-152 від 18.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕЛОДИП, таблетки з модифікованим вивільненням по 2,5 мг; таблетки з модифікованим вивільненням по 5 мг; таблетки з модифікованим вивільненням по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**341512-25/B-152 від 18.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕЛОДИП, таблетки з модифікованим вивільненням по 2,5 мг; таблетки з модифікованим вивільненням по 5 мг; таблетки з модифікованим вивільненням по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**338900-25/3-124, 338901-25/3-124, 338902-25/3-124, 338903-25/3-124, 338904-25/3-124, 338905-25/3-124, 338906-25/3-124, 338907-25/3-124, 338908-25/3-124, 338909-25/3-124, 338910-25/3-124, 338911-25/3-124, 338912-25/3-124, 338913-25/3-124, 338915-25/3-124, 338916-25/3-124, 340016-25/3-124, 349508-25/3-124, 349509-25/3-124 від 06.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРЛАКС, порошок для приготування розчину для перорального застосування по 10 г; по 10,167 г порошку в пакетику; по 10 або по 20 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**338900-25/3-124, 338901-25/3-124, 338902-25/3-124, 338903-25/3-124, 338904-25/3-124, 338905-25/3-124, 338906-25/3-124, 338907-25/3-124, 338908-25/3-124, 338909-25/3-124, 338910-25/3-124, 338911-25/3-124, 338912-25/3-124, 338913-25/3-124, 338915-25/3-124, 338916-25/3-124, 340016-25/3-124, 349508-25/3-124, 349509-25/3-124 від 06.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРЛАКС, порошок для приготування розчину для перорального застосування по 10 г; по 10,167 г порошку в пакетику; по 10 або по 20 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**338900-25/3-124, 338901-25/3-124, 338902-25/3-124, 338903-25/3-124, 338904-25/3-124, 338905-25/3-124, 338906-25/3-124, 338907-25/3-124, 338908-25/3-124, 338909-25/3-124, 338910-25/3-124, 338911-25/3-124, 338912-25/3-124, 338913-25/3-124, 338915-25/3-124, 338916-25/3-124, 340016-25/3-124, 349508-25/3-124, 349509-25/3-124 від 06.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРЛАКС, порошок для приготування розчину для перорального застосування по 10 г; по 10,167 г порошку в пакетику; по 10 або по 20 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350823-25/З-100 від 26.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРЛАКС, порошок для приготування розчину для перорального застосування по 10 г; по 10,167 г порошку в пакетику; по 10 або по 20 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350823-25/З-100 від 26.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРЛАКС, порошок для приготування розчину для перорального застосування по 10 г; по 10,167 г порошку в пакетику; по 10 або по 20 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350823-25/З-100 від 26.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРЛАКС, порошок для приготування розчину для перорального застосування по 10 г; по 10,167 г порошку в пакетику; по 10 або по 20 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**344621-25/З-121, 344622-25/З-121 від 12.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРЛАКС, порошок для приготування розчину для перорального застосування по 10 г; по 10,167 г порошку в пакетику; по 10 або по 20 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**344621-25/З-121, 344622-25/З-121 від 12.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРЛАКС, порошок для приготування розчину для перорального застосування по 10 г; по 10,167 г порошку в пакетику; по 10 або по 20 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**344621-25/З-121, 344622-25/З-121 від 12.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРЛАКС, порошок для приготування розчину для перорального застосування по 10 г; по 10,167 г порошку в пакетику; по 10 або по 20 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345313-25/3-149, 345314-25/3-149, 345315-25/3-149, 345316-25/3-149, 345317-25/3-149, 345318-25/3-149, 345319-25/3-149, 345320-25/3-149, 345321-25/3-149, 345322-25/3-149, 345323-25/3-149, 345324-25/3-149, 345325-25/3-149, 345326-25/3-149, 345327-25/3-149, 353048-26/3-149, 353049-26/3-149, 353050-26/3-149 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРЛАКС®, порошок для приготування розчину для перорального застосування по 4 г; по 4,0668 г порошку в пакетику; по 10, 20, 30 або 50 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345313-25/3-149, 345314-25/3-149, 345315-25/3-149, 345316-25/3-149, 345317-25/3-149, 345318-25/3-149, 345319-25/3-149, 345320-25/3-149, 345321-25/3-149, 345322-25/3-149, 345323-25/3-149, 345324-25/3-149, 345325-25/3-149, 345326-25/3-149, 345327-25/3-149, 353048-26/3-149, 353049-26/3-149, 353050-26/3-149 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРЛАКС®, порошок для приготування розчину для перорального застосування по 4 г; по 4,0668 г порошку в пакетику; по 10, 20, 30 або 50 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**345313-25/3-149, 345314-25/3-149, 345315-25/3-149, 345316-25/3-149, 345317-25/3-149, 345318-25/3-149, 345319-25/3-149, 345320-25/3-149, 345321-25/3-149, 345322-25/3-149, 345323-25/3-149, 345324-25/3-149, 345325-25/3-149, 345326-25/3-149, 345327-25/3-149, 353048-26/3-149, 353049-26/3-149, 353050-26/3-149 від 26.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРЛАКС®, порошок для приготування розчину для перорального застосування по 4 г; по 4,0668 г порошку в пакетику; по 10, 20, 30 або 50 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**344612-25/3-118, 344615-25/3-118, 344617-25/3-118 від 12.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРЛАКС®, порошок для приготування розчину для перорального застосування по 4 г; по 4,0668 г порошку в пакетику; по 10, 20, 30 або 50 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**344612-25/3-118, 344615-25/3-118, 344617-25/3-118 від 12.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРЛАКС®, порошок для приготування розчину для перорального застосування по 4 г; по 4,0668 г порошку в пакетику; по 10, 20, 30 або 50 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**344612-25/3-118, 344615-25/3-118, 344617-25/3-118 від 12.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРЛАКС®, порошок для приготування розчину для перорального застосування по 4 г; по 4,0668 г порошку в пакетику; по 10, 20, 30 або 50 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350802-25/З-123 від 26.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРЛАКС®, порошок для приготування розчину для перорального застосування по 4 г; по 4,0668 г порошку в пакетику; по 10, 20, 30 або 50 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350802-25/З-123 від 26.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРЛАКС®, порошок для приготування розчину для перорального застосування по 4 г; по 4,0668 г порошку в пакетику; по 10, 20, 30 або 50 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**350802-25/З-123 від 26.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФОРЛАКС®, порошок для приготування розчину для перорального застосування по 4 г; по 4,0668 г порошку в пакетику; по 10, 20, 30 або 50 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**Майолі Фарма Франс, Франція**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351896-26/B-145, 351897-26/B-145, 351899-26/B-145, 351900-26/B-145 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУКОРЦИН, розчин нашкірний; по 25 мл у флаконах**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351896-26/B-145, 351897-26/B-145, 351899-26/B-145, 351900-26/B-145 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУКОРЦИН, розчин нашкірний; по 25 мл у флаконах**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**351896-26/B-145, 351897-26/B-145, 351899-26/B-145, 351900-26/B-145 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФУКОРЦИН, розчин нашкірний; по 25 мл у флаконах**
Заявник	**ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**347749-25/3-144 від 06.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАВРИКС 720 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А ХАВРИКС 1440 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А, суспензія для ін'єкцій 720 ОД ELISA; по 0,5 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; суспензія для ін'єкцій 1440 ОД ELISA; по 1 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 1 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 1 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 1 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина	

Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**347749-25/3-144 від 06.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАВРИКС 720 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А ХАВРИКС 1440 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А, суспензія для ін'єкцій 720 ОД ELISA; по 0,5 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; суспензія для ін'єкцій 1440 ОД ELISA; по 1 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 1 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 1 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 1 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина	

Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	(дата) **__.__.2026**	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**347749-25/3-144 від 06.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАВРИКС 720 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А ХАВРИКС 1440 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А, суспензія для ін'єкцій 720 ОД ELISA; по 0,5 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; суспензія для ін'єкцій 1440 ОД ELISA; по 1 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 1 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 1 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 1 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина	

Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**347749-25/3-144 від 06.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАВРИКС 720 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А ХАВРИКС 1440 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А, суспензія для ін'єкцій 720 ОД ELISA; по 0,5 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; суспензія для ін'єкцій 1440 ОД ELISA; по 1 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 1 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 1 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 1 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина	

Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**347749-25/3-144 від 06.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАВРИКС 720 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А ХАВРИКС 1440 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А, суспензія для ін'єкцій 720 ОД ELISA; по 0,5 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; суспензія для ін'єкцій 1440 ОД ELISA; по 1 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 1 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 1 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 1 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина	

Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	(дата) **__.__.2026**	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**347749-25/3-144 від 06.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХАВРИКС 720 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А ХАВРИКС 1440 ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕПАТИТУ А, суспензія для ін'єкцій 720 ОД ELISA; по 0,5 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; суспензія для ін'єкцій 1440 ОД ELISA; по 1 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 1 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 1 мл (1 доза) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 1 мл (1 доза) в попередньо наповненому шприці у комплекті з голкою; по 1 шприцу в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина	

Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359816-26/B-100 від 12.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОТАКСИМ КОМБІ, порошок для розчину для ін'єкцій по 0,5 г: Для виробника Приватне акціонерне товариство «Лекхім-Харків»: 1 або 10, або 50 флаконів з порошком у пачках; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 5 мл в ампулі) у блістері; по 1 блістеру у пачці; порошок для розчину для ін'єкцій по 1 г: 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Лідокаїн, розчин для ін'єкцій 10 мг/мл по 5 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 10 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці; порошок для розчину для ін'єкцій по 0,5 г: Для виробника ТОВ «Лекхім-Обухів»: 50 флаконів з порошком у пачці; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 5 мл в ампулі) у блістері; по 1 блістеру у пачці; 1 флакон з порошком у блістері: по 1 блістеру у пачці; 5 флаконів з порошком у блістері; по 2 блістери у пачці; порошок для розчину для ін'єкцій по 1 г: 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Лідокаїн, розчин для ін'єкцій 10 мг/мл по 5 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 10 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)

Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359816-26/B-100 від 12.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОТАКСИМ КОМБІ, порошок для розчину для ін'єкцій по 0,5 г: Для виробника Приватне акціонерне товариство «Лекхім-Харків»: 1 або 10, або 50 флаконів з порошком у пачках; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 5 мл в ампулі) у блістері; по 1 блістеру у пачці; порошок для розчину для ін'єкцій по 1 г: 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Лідокаїн, розчин для ін'єкцій 10 мг/мл по 5 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 10 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці; порошок для розчину для ін'єкцій по 0,5 г: Для виробника ТОВ «Лекхім-Обухів»: 50 флаконів з порошком у пачці; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 5 мл в ампулі) у блістері; по 1 блістеру у пачці; 1 флакон з порошком у блістері: по 1 блістеру у пачці; 5 флаконів з порошком у блістері; по 2 блістери у пачці; порошок для розчину для ін'єкцій по 1 г: 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Лідокаїн, розчин для ін'єкцій 10 мг/мл по 5 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 10 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	

Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	(дата) **__.__.2026**	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359816-26/B-100 від 12.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОТАКСИМ КОМБІ, порошок для розчину для ін'єкцій по 0,5 г: Для виробника Приватне акціонерне товариство «Лекхім-Харків»: 1 або 10, або 50 флаконів з порошком у пачках; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 5 мл в ампулі) у блістері; по 1 блістеру у пачці; порошок для розчину для ін'єкцій по 1 г: 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Лідокаїн, розчин для ін'єкцій 10 мг/мл по 5 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 10 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці; порошок для розчину для ін'єкцій по 0,5 г: Для виробника ТОВ «Лекхім-Обухів»: 50 флаконів з порошком у пачці; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 5 мл в ампулі) у блістері; по 1 блістеру у пачці; 1 флакон з порошком у блістері: по 1 блістеру у пачці; 5 флаконів з порошком у блістері; по 2 блістери у пачці; порошок для розчину для ін'єкцій по 1 г: 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Лідокаїн, розчин для ін'єкцій 10 мг/мл по 5 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 10 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	

УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ		
	(дата) **__.__.2026**	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359816-26/B-100 від 12.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОТАКСИМ КОМБІ, порошок для розчину для ін'єкцій по 0,5 г: Для виробника Приватне акціонерне товариство «Лекхім-Харків»: 1 або 10, або 50 флаконів з порошком у пачках; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 5 мл в ампулі) у блістері; по 1 блістеру у пачці; порошок для розчину для ін'єкцій по 1 г: 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Лідокаїн, розчин для ін'єкцій 10 мг/мл по 5 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 10 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці; порошок для розчину для ін'єкцій по 0,5 г: Для виробника ТОВ «Лекхім-Обухів»: 50 флаконів з порошком у пачці; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 5 мл в ампулі) у блістері; по 1 блістеру у пачці; 1 флакон з порошком у блістері: по 1 блістеру у пачці; 5 флаконів з порошком у блістері; по 2 блістери у пачці; порошок для розчину для ін'єкцій по 1 г: 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Лідокаїн, розчин для ін'єкцій 10 мг/мл по 5 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 10 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)

Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359816-26/B-100 від 12.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОТАКСИМ КОМБІ, порошок для розчину для ін'єкцій по 0,5 г: Для виробника Приватне акціонерне товариство «Лекхім-Харків»: 1 або 10, або 50 флаконів з порошком у пачках; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 5 мл в ампулі) у блістері; по 1 блістеру у пачці; порошок для розчину для ін'єкцій по 1 г: 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Лідокаїн, розчин для ін'єкцій 10 мг/мл по 5 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 10 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці; порошок для розчину для ін'єкцій по 0,5 г: Для виробника ТОВ «Лекхім-Обухів»: 50 флаконів з порошком у пачці; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 5 мл в ампулі) у блістері; по 1 блістеру у пачці; 1 флакон з порошком у блістері: по 1 блістеру у пачці; 5 флаконів з порошком у блістері; по 2 блістери у пачці; порошок для розчину для ін'єкцій по 1 г: 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Лідокаїн, розчин для ін'єкцій 10 мг/мл по 5 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 10 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	

Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	(дата) **__.__.2026**	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**359816-26/B-100 від 12.06.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФОТАКСИМ КОМБІ, порошок для розчину для ін'єкцій по 0,5 г: Для виробника Приватне акціонерне товариство «Лекхім-Харків»: 1 або 10, або 50 флаконів з порошком у пачках; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 5 мл в ампулі) у блістері; по 1 блістеру у пачці; порошок для розчину для ін'єкцій по 1 г: 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Лідокаїн, розчин для ін'єкцій 10 мг/мл по 5 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 10 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці; порошок для розчину для ін'єкцій по 0,5 г: Для виробника ТОВ «Лекхім-Обухів»: 50 флаконів з порошком у пачці; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 5 мл в ампулі) у блістері; по 1 блістеру у пачці; 1 флакон з порошком у блістері: по 1 блістеру у пачці; 5 флаконів з порошком у блістері; по 2 блістери у пачці; порошок для розчину для ін'єкцій по 1 г: 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Лідокаїн, розчин для ін'єкцій 10 мг/мл по 5 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником (Вода для ін'єкцій по 10 мл в ампулі) у блістері; 1 блістер у пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ	**__.__.2026**	

УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ		
	(дата) **__.__.2026**	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358166-26/B-116 від 14.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИКЛОДОЛ, таблетки по 2 мг або по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 4 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358166-26/B-116 від 14.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИКЛОДОЛ, таблетки по 2 мг або по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 4 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358166-26/B-116 від 14.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИКЛОДОЛ, таблетки по 2 мг або по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 4 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358166-26/B-116 від 14.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИКЛОДОЛ, таблетки по 2 мг або по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 4 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358166-26/B-116 від 14.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИКЛОДОЛ, таблетки по 2 мг або по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 4 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**358166-26/B-116 від 14.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИКЛОДОЛ, таблетки по 2 мг або по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 4 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346802-25/3-97, 346803-25/3-97 від 23.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИСТІНОЛ® АКУТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 2, або 3, або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Шапер & Брюммер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346802-25/3-97, 346803-25/3-97 від 23.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИСТІНОЛ® АКУТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 2, або 3, або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Шапер & Брюммер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	**346802-25/3-97, 346803-25/3-97 від 23.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИСТІНОЛ® АКУТ, таблетки, вкриті оболонкою, по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 2, або 3, або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Шапер & Брюммер ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**24.07.2026 р. № 1016**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	**__.__.2026**	
	(дата)	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)