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	**356967-26/3-130, 356970-26/3-130 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АВОДАРТ, капсули м'які желатинові по 0,5 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356967-26/3-130, 356970-26/3-130 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АВОДАРТ, капсули м'які желатинові по 0,5 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**356967-26/3-130, 356970-26/3-130 від 23.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АВОДАРТ, капсули м'які желатинові по 0,5 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 або по 9 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**338226-25/3-140, 342799-25/3-82 від 22.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЦЕТРИС®, порошок для концентрату для розчину для інфузій по 50 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**338226-25/3-140, 342799-25/3-82 від 22.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЦЕТРИС®, порошок для концентрату для розчину для інфузій по 50 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**338226-25/3-140, 342799-25/3-82 від 22.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АДЦЕТРИС®, порошок для концентрату для розчину для інфузій по 50 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355629-26/3-120 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЕРТАЛ®, порошок для оральної суспензії по 100 мг; 20 пакетів з порошком у картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355629-26/3-120 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЕРТАЛ®, порошок для оральної суспензії по 100 мг; 20 пакетів з порошком у картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**355629-26/3-120 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЕРТАЛ®, порошок для оральної суспензії по 100 мг; 20 пакетів з порошком у картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355650-26/3-97 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЕРТАЛ®, крем, 15 мг/1 г, по 60 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355650-26/3-97 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЕРТАЛ®, крем, 15 мг/1 г, по 60 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**355650-26/3-97 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЕРТАЛ®, крем, 15 мг/1 г, по 60 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355610-26/3-118 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЕРТАЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6 блістерів в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355610-26/3-118 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЕРТАЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6 блістерів в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**355610-26/3-118 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЕРТАЛ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 6 блістерів в картонній упаковці**
Заявник	**ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352505-26/3-116 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИКЛАР 250, АЗИКЛАР 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352505-26/3-116 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИКЛАР 250, АЗИКЛАР 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**352505-26/3-116 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИКЛАР 250, АЗИКЛАР 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352505-26/3-116 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИКЛАР 250, АЗИКЛАР 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352505-26/3-116 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИКЛАР 250, АЗИКЛАР 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**352505-26/3-116 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЗИКЛАР 250, АЗИКЛАР 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**342923-25/3-138 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКСИТИНІБ АККОРД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг, по 5 мг; по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 4 блістери в пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**342923-25/3-138 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКСИТИНІБ АККОРД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг, по 5 мг; по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 4 блістери в пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**342923-25/3-138 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКСИТИНІБ АККОРД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг, по 5 мг; по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 4 блістери в пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**342923-25/3-138 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКСИТИНІБ АККОРД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг, по 5 мг; по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 4 блістери в пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**342923-25/3-138 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКСИТИНІБ АККОРД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг, по 5 мг; по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 4 блістери в пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**342923-25/3-138 від 15.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКСИТИНІБ АККОРД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг, по 5 мг; по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 4 блістери в пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**354345-26/3-128 від 12.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТЕМРА®, розчин для ін'єкцій, 162 мг/0,9 мл; 4 попередньо наповнених шприца (кожен об'ємом 1 мл) у картонній коробці з маркуванням українською мовою; 4 попередньо наповнених шприца (кожен об'ємом 1 мл) у картонній коробці з маркуванням англійською, французькою та арабською мовами зі стикером українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354345-26/3-128 від 12.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТЕМРА®, розчин для ін'єкцій, 162 мг/0,9 мл; 4 попередньо наповнених шприца (кожен об'ємом 1 мл) у картонній коробці з маркуванням українською мовою; 4 попередньо наповнених шприца (кожен об'ємом 1 мл) у картонній коробці з маркуванням англійською, французькою та арабською мовами зі стикером українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354345-26/3-128 від 12.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АКТЕМРА®, розчин для ін'єкцій, 162 мг/0,9 мл; 4 попередньо наповнених шприца (кожен об'ємом 1 мл) у картонній коробці з маркуванням українською мовою; 4 попередньо наповнених шприца (кожен об'ємом 1 мл) у картонній коробці з маркуванням англійською, французькою та арабською мовами зі стикером українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Рош Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**350132-25/3-61, 350133-25/3-61, 350138-25/3-61, 355774-26/3-61 від 15.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЕРЗИН, краплі оральні, розчин, 5 мг/мл по 20 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону з крапельницею в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**350132-25/3-61, 350133-25/3-61, 350138-25/3-61, 355774-26/3-61 від 15.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЕРЗИН, краплі оральні, розчин, 5 мг/мл по 20 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону з крапельницею в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**350132-25/3-61, 350133-25/3-61, 350138-25/3-61, 355774-26/3-61 від 15.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АЛЕРЗИН, краплі оральні, розчин, 5 мг/мл по 20 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону з крапельницею в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351212-26/B-97, 351213-26/B-97, 351214-26/B-97, 351215-26/B-97, 351216-26/B-97, 351217-26/B-97, 351218-26/B-97 від 02.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМБРОКСОЛ-ДАРНИЦЯ, таблетки по 30 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351212-26/B-97, 351213-26/B-97, 351214-26/B-97, 351215-26/B-97, 351216-26/B-97, 351217-26/B-97, 351218-26/B-97 від 02.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМБРОКСОЛ-ДАРНИЦЯ, таблетки по 30 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**351212-26/B-97, 351213-26/B-97, 351214-26/B-97, 351215-26/B-97, 351216-26/B-97, 351217-26/B-97, 351218-26/B-97 від 02.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМБРОКСОЛ-ДАРНИЦЯ, таблетки по 30 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355070-26/B-152 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІКАЦИНУ СУЛЬФАТ, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 2 мл в ампулі; по 1 ампулі в однобічному блістері; по 1 однобічному блістеру в пачці з картону; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери в пачці з картону; розчин для ін'єкцій, 250 мг/мл; по 2 мл або 4 мл в ампулі; по 1 ампулі в однобічному блістері; по 1 однобічному блістеру в пачці з картону; по 2 мл або 4 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355070-26/B-152 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІКАЦИНУ СУЛЬФАТ, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 2 мл в ампулі; по 1 ампулі в однобічному блістері; по 1 однобічному блістеру в пачці з картону; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери в пачці з картону; розчин для ін'єкцій, 250 мг/мл; по 2 мл або 4 мл в ампулі; по 1 ампулі в однобічному блістері; по 1 однобічному блістеру в пачці з картону; по 2 мл або 4 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**355070-26/B-152 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІКАЦИНУ СУЛЬФАТ, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 2 мл в ампулі; по 1 ампулі в однобічному блістері; по 1 однобічному блістеру в пачці з картону; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери в пачці з картону; розчин для ін'єкцій, 250 мг/мл; по 2 мл або 4 мл в ампулі; по 1 ампулі в однобічному блістері; по 1 однобічному блістеру в пачці з картону; по 2 мл або 4 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355070-26/B-152 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІКАЦИНУ СУЛЬФАТ, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 2 мл в ампулі; по 1 ампулі в однобічному блістері; по 1 однобічному блістеру в пачці з картону; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери в пачці з картону; розчин для ін'єкцій, 250 мг/мл; по 2 мл або 4 мл в ампулі; по 1 ампулі в однобічному блістері; по 1 однобічному блістеру в пачці з картону; по 2 мл або 4 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355070-26/B-152 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІКАЦИНУ СУЛЬФАТ, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 2 мл в ампулі; по 1 ампулі в однобічному блістері; по 1 однобічному блістеру в пачці з картону; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери в пачці з картону; розчин для ін'єкцій, 250 мг/мл; по 2 мл або 4 мл в ампулі; по 1 ампулі в однобічному блістері; по 1 однобічному блістеру в пачці з картону; по 2 мл або 4 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**355070-26/B-152 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМІКАЦИНУ СУЛЬФАТ, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 2 мл в ампулі; по 1 ампулі в однобічному блістері; по 1 однобічному блістеру в пачці з картону; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері, по 1 або 2 блістери в пачці з картону; розчин для ін'єкцій, 250 мг/мл; по 2 мл або 4 мл в ампулі; по 1 ампулі в однобічному блістері; по 1 однобічному блістеру в пачці з картону; по 2 мл або 4 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери в пачці з картону**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354387-26/3-117, 354388-26/3-117, 354389-26/3-117, 354390-26/3-117, 354391-26/3-117, 354392-26/3-117, 354393-26/3-117, 354394-26/3-117, 354395-26/3-117, 354396-26/3-117, 354397-26/3-117, 354398-26/3-117, 354399-26/3-117, 354400-26/3-117, 354401-26/3-117, 354402-26/3-117, 354403-26/3-117 від 12.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМОКСИЦИЛІН-КЛАВУЛАНАТ-ВІСТА, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1000 мг/200 мг по 1000 мг/200 мг у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354387-26/3-117, 354388-26/3-117, 354389-26/3-117, 354390-26/3-117, 354391-26/3-117, 354392-26/3-117, 354393-26/3-117, 354394-26/3-117, 354395-26/3-117, 354396-26/3-117, 354397-26/3-117, 354398-26/3-117, 354399-26/3-117, 354400-26/3-117, 354401-26/3-117, 354402-26/3-117, 354403-26/3-117 від 12.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМОКСИЦИЛІН-КЛАВУЛАНАТ-ВІСТА, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1000 мг/200 мг по 1000 мг/200 мг у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354387-26/3-117, 354388-26/3-117, 354389-26/3-117, 354390-26/3-117, 354391-26/3-117, 354392-26/3-117, 354393-26/3-117, 354394-26/3-117, 354395-26/3-117, 354396-26/3-117, 354397-26/3-117, 354398-26/3-117, 354399-26/3-117, 354400-26/3-117, 354401-26/3-117, 354402-26/3-117, 354403-26/3-117 від 12.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМОКСИЦИЛІН-КЛАВУЛАНАТ-ВІСТА, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1000 мг/200 мг по 1000 мг/200 мг у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**339206-25/3-96, 339207-25/3-96, 339208-25/3-96, 339209-25/3-96, 339210-25/3-96 від 11.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМПІПЛЮС, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1,5 г (1000 мг/500 мг); по 1 або по 10, або по 25 флаконів у картонній пачці**
Заявник	**Антибіотики СА, Румунія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**339206-25/3-96, 339207-25/3-96, 339208-25/3-96, 339209-25/3-96, 339210-25/3-96 від 11.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМПІПЛЮС, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1,5 г (1000 мг/500 мг); по 1 або по 10, або по 25 флаконів у картонній пачці**
Заявник	**Антибіотики СА, Румунія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**339206-25/3-96, 339207-25/3-96, 339208-25/3-96, 339209-25/3-96, 339210-25/3-96 від 11.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМПІПЛЮС, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1,5 г (1000 мг/500 мг); по 1 або по 10, або по 25 флаконів у картонній пачці**
Заявник	**Антибіотики СА, Румунія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355820-26/3-144 від 03.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМПІПЛЮС, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1,5 г (1000 мг/500 мг); по 1 або по 10, або по 25 флаконів у картонній пачці**
Заявник	**Антибіотики СА, Румунія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355820-26/3-144 від 03.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМПІПЛЮС, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1,5 г (1000 мг/500 мг); по 1 або по 10, або по 25 флаконів у картонній пачці**
Заявник	**Антибіотики СА, Румунія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**355820-26/3-144 від 03.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АМПІПЛЮС, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1,5 г (1000 мг/500 мг); по 1 або по 10, або по 25 флаконів у картонній пачці**
Заявник	**Антибіотики СА, Румунія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**345063-25/3-121, 345836-25/3-121 від 19.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНАЛЬГОДЕКС, розчин для ін'єкцій, 50 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 6 ампул в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**345063-25/3-121, 345836-25/3-121 від 19.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНАЛЬГОДЕКС, розчин для ін'єкцій, 50 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 6 ампул в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**345063-25/3-121, 345836-25/3-121 від 19.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНАЛЬГОДЕКС, розчин для ін'єкцій, 50 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 6 ампул в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355725-26/3-146 від 01.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНГІ.НЕТ® ЛЬОДЯНИКИ, льодяники по 8,75 мг; по 12 льодяників у блістері, по 2 блістера в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355725-26/3-146 від 01.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНГІ.НЕТ® ЛЬОДЯНИКИ, льодяники по 8,75 мг; по 12 льодяників у блістері, по 2 блістера в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**355725-26/3-146 від 01.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АНГІ.НЕТ® ЛЬОДЯНИКИ, льодяники по 8,75 мг; по 12 льодяників у блістері, по 2 блістера в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354640-26/B-100 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРФАЗЕТИН, збір; по 50 г або 75 г у пачках з внутрішнім пакетом, по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 10 або 20 фільтр-пакетів у пачці з картону**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354640-26/B-100 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРФАЗЕТИН, збір; по 50 г або 75 г у пачках з внутрішнім пакетом, по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 10 або 20 фільтр-пакетів у пачці з картону**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354640-26/B-100 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АРФАЗЕТИН, збір; по 50 г або 75 г у пачках з внутрішнім пакетом, по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 10 або 20 фільтр-пакетів у пачці з картону**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356763-26/3-120 від 17.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСКОРІЛ, таблетки** **таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 5 блістерів в картонній упаковці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356763-26/3-120 від 17.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСКОРІЛ, таблетки** **таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 5 блістерів в картонній упаковці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**356763-26/3-120 від 17.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**АСКОРІЛ, таблетки** **таблетки, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 5 блістерів в картонній упаковці**
Заявник	**Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**357318-26/3-96 від 29.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЛЕОНКО, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 15 ОД, 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**357318-26/3-96 від 29.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЛЕОНКО, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 15 ОД, 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**357318-26/3-96 від 29.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БЛЕОНКО, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 15 ОД, 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353093-26/3-149 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОЗУЛІФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; 2 блістери у картонній коробці; по 120 таблеток у флаконі; 1 флакон у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 14 таблеток у блістері, 2 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у флаконі, 1 флакон у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353093-26/3-149 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОЗУЛІФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; 2 блістери у картонній коробці; по 120 таблеток у флаконі; 1 флакон у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 14 таблеток у блістері, 2 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у флаконі, 1 флакон у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**353093-26/3-149 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОЗУЛІФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; 2 блістери у картонній коробці; по 120 таблеток у флаконі; 1 флакон у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 14 таблеток у блістері, 2 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у флаконі, 1 флакон у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353093-26/3-149 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОЗУЛІФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; 2 блістери у картонній коробці; по 120 таблеток у флаконі; 1 флакон у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 14 таблеток у блістері, 2 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у флаконі, 1 флакон у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353093-26/3-149 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОЗУЛІФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; 2 блістери у картонній коробці; по 120 таблеток у флаконі; 1 флакон у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 14 таблеток у блістері, 2 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у флаконі, 1 флакон у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**353093-26/3-149 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОЗУЛІФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; 2 блістери у картонній коробці; по 120 таблеток у флаконі; 1 флакон у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 14 таблеток у блістері, 2 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у флаконі, 1 флакон у картонній коробці**
Заявник	**ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**349183-25/3-96, 349184-25/3-96, 349185-25/3-96 від 02.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОРТЕКСА САН, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3,5 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**349183-25/3-96, 349184-25/3-96, 349185-25/3-96 від 02.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОРТЕКСА САН, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3,5 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**349183-25/3-96, 349184-25/3-96, 349185-25/3-96 від 02.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БОРТЕКСА САН, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 3,5 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**342578-25/3-06 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОКСІНАК, краплі очні, 0,09% по 1,7 мл крапель у флаконі, по 1 флакону з крапельницею в картонній упаковці**
Заявник	**Сентісс Фарма Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**342578-25/3-06 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОКСІНАК, краплі очні, 0,09% по 1,7 мл крапель у флаконі, по 1 флакону з крапельницею в картонній упаковці**
Заявник	**Сентісс Фарма Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**342578-25/3-06 від 07.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БРОКСІНАК, краплі очні, 0,09% по 1,7 мл крапель у флаконі, по 1 флакону з крапельницею в картонній упаковці**
Заявник	**Сентісс Фарма Пвт. Лтд., Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**345706-25/B-120 від 03.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУПРЕНОРФІНУ ГІДРОХЛОРИД, розчин для ін'єкцій, 0,3 мг/мл по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2, або 20 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**345706-25/B-120 від 03.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУПРЕНОРФІНУ ГІДРОХЛОРИД, розчин для ін'єкцій, 0,3 мг/мл по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2, або 20 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**345706-25/B-120 від 03.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**БУПРЕНОРФІНУ ГІДРОХЛОРИД, розчин для ін'єкцій, 0,3 мг/мл по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2, або 20 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**348073-25/3-45 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛМІСАР НА 160/12.5/5, ВАЛМІСАР НА 160/12.5/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг/5 мг або по 160 мг/12,5 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**348073-25/3-45 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛМІСАР НА 160/12.5/5, ВАЛМІСАР НА 160/12.5/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг/5 мг або по 160 мг/12,5 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**348073-25/3-45 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛМІСАР НА 160/12.5/5, ВАЛМІСАР НА 160/12.5/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг/5 мг або по 160 мг/12,5 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**348073-25/3-45 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛМІСАР НА 160/12.5/5, ВАЛМІСАР НА 160/12.5/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг/5 мг або по 160 мг/12,5 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**348073-25/3-45 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛМІСАР НА 160/12.5/5, ВАЛМІСАР НА 160/12.5/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг/5 мг або по 160 мг/12,5 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**348073-25/3-45 від 14.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛМІСАР НА 160/12.5/5, ВАЛМІСАР НА 160/12.5/10, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг/5 мг або по 160 мг/12,5 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 1 або 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**289968-23/3-138 від 03.03.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАР-Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**289968-23/3-138 від 03.03.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАР-Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**289968-23/3-138 від 03.03.2023**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАР-Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/12,5 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Ауробіндо Фарма Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**353920-26/3-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг або по 320/25 мг; по 90 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353920-26/3-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг або по 320/25 мг; по 90 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**353920-26/3-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг або по 320/25 мг; по 90 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353920-26/3-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг або по 320/25 мг; по 90 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353920-26/3-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг або по 320/25 мг; по 90 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**353920-26/3-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг або по 320/25 мг; по 90 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353920-26/3-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг або по 320/25 мг; по 90 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353920-26/3-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг або по 320/25 мг; по 90 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**353920-26/3-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг або по 320/25 мг; по 90 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353920-26/3-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг або по 320/25 мг; по 90 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353920-26/3-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг або по 320/25 мг; по 90 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**353920-26/3-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 160/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 12,5 МАКЛЕОДС, ВАЛСАРТАН 320/ГІДРОХЛОРОТІАЗИД 25 МАКЛЕОДС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 160/12,5 мг; по 160/25 мг; по 320/12,5 мг або по 320/25 мг; по 90 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**336404-25/3-96, 336405-25/3-96, 336406-25/3-96, 336407-25/3-96, 357717-26/3-96, 357718-26/3-96 від 18.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАКОР® HD 160, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 160 мг/25 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	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**336404-25/3-96, 336405-25/3-96, 336406-25/3-96, 336407-25/3-96, 357717-26/3-96, 357718-26/3-96 від 18.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАКОР® HD 160, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 160 мг/25 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	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**336404-25/3-96, 336405-25/3-96, 336406-25/3-96, 336407-25/3-96, 357717-26/3-96, 357718-26/3-96 від 18.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАЛЬСАКОР® HD 160, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 160 мг/25 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	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355461-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАНКОМІЦИН-ВОКАТЕ, ліофілізат для приготування розчину для інфузій по 500 мг; по 1 або 10 флаконів з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтична компанія "ВОКАТЕ С.А.", Греція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355461-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАНКОМІЦИН-ВОКАТЕ, ліофілізат для приготування розчину для інфузій по 500 мг; по 1 або 10 флаконів з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтична компанія "ВОКАТЕ С.А.", Греція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**355461-26/3-100 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАНКОМІЦИН-ВОКАТЕ, ліофілізат для приготування розчину для інфузій по 500 мг; по 1 або 10 флаконів з ліофілізатом у картонній коробці**
Заявник	**Фармацевтична компанія "ВОКАТЕ С.А.", Греція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352431-26/B-123 від 09.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАНКОМІЦИН-ФАРМЕКС, ліофілізат для розчину для інфузій по 500 мг або по 1000 мг; по 1 флакону в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352431-26/B-123 від 09.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАНКОМІЦИН-ФАРМЕКС, ліофілізат для розчину для інфузій по 500 мг або по 1000 мг; по 1 флакону в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**352431-26/B-123 від 09.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАНКОМІЦИН-ФАРМЕКС, ліофілізат для розчину для інфузій по 500 мг або по 1000 мг; по 1 флакону в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352431-26/B-123 від 09.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАНКОМІЦИН-ФАРМЕКС, ліофілізат для розчину для інфузій по 500 мг або по 1000 мг; по 1 флакону в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352431-26/B-123 від 09.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАНКОМІЦИН-ФАРМЕКС, ліофілізат для розчину для інфузій по 500 мг або по 1000 мг; по 1 флакону в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**352431-26/B-123 від 09.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВАНКОМІЦИН-ФАРМЕКС, ліофілізат для розчину для інфузій по 500 мг або по 1000 мг; по 1 флакону в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353711-26/3-96, 353712-26/3-96 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг, по 75 мг, по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353711-26/3-96, 353712-26/3-96 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг, по 75 мг, по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**353711-26/3-96, 353712-26/3-96 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг, по 75 мг, по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353711-26/3-96, 353712-26/3-96 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг, по 75 мг, по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353711-26/3-96, 353712-26/3-96 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг, по 75 мг, по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**353711-26/3-96, 353712-26/3-96 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг, по 75 мг, по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353711-26/3-96, 353712-26/3-96 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг, по 75 мг, по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353711-26/3-96, 353712-26/3-96 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг, по 75 мг, по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**353711-26/3-96, 353712-26/3-96 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг, по 75 мг, по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**345404-25/3-139 від 29.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАНОКС (БУЛО: СОН-ХЕЛП), таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 12,5 мг та 25 мг, по 7 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**345404-25/3-139 від 29.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАНОКС (БУЛО: СОН-ХЕЛП), таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 12,5 мг та 25 мг, по 7 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**345404-25/3-139 від 29.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАНОКС (БУЛО: СОН-ХЕЛП), таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 12,5 мг та 25 мг, по 7 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**345404-25/3-139 від 29.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАНОКС (БУЛО: СОН-ХЕЛП), таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 12,5 мг та 25 мг, по 7 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**345404-25/3-139 від 29.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАНОКС (БУЛО: СОН-ХЕЛП), таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 12,5 мг та 25 мг, по 7 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**345404-25/3-139 від 29.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВЕЛАНОКС (БУЛО: СОН-ХЕЛП), таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 12,5 мг та 25 мг, по 7 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**351975-26/B-60 від 27.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІЗЕАЛОТ, порошок для розчину для інфузій, 200 мг 1 флакон з порошком в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351975-26/B-60 від 27.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІЗЕАЛОТ, порошок для розчину для інфузій, 200 мг 1 флакон з порошком в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**351975-26/B-60 від 27.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІЗЕАЛОТ, порошок для розчину для інфузій, 200 мг 1 флакон з порошком в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352668-26/3-152, 352669-26/3-152 від 11.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІЗКЬЮ, розчин для ін'єкцій, 120 мг/мл; по 0,23 мл у флаконі; по 1 флакону в комплекті з голкою фільтрувальною в коробці з картону**
Заявник	**Новартіс Оверсіз Інвестментс АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352668-26/3-152, 352669-26/3-152 від 11.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІЗКЬЮ, розчин для ін'єкцій, 120 мг/мл; по 0,23 мл у флаконі; по 1 флакону в комплекті з голкою фільтрувальною в коробці з картону**
Заявник	**Новартіс Оверсіз Інвестментс АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**352668-26/3-152, 352669-26/3-152 від 11.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІЗКЬЮ, розчин для ін'єкцій, 120 мг/мл; по 0,23 мл у флаконі; по 1 флакону в комплекті з голкою фільтрувальною в коробці з картону**
Заявник	**Новартіс Оверсіз Інвестментс АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353864-26/B-100, 353865-26/B-100 від 03.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІНІТЕЛ® , сироп, 200 мг/5 мл; по 200 мл у скляному флаконі з кришкою з контролем першого відкриття, кожен флакон у картонній упаковці разом зі шприцем-дозатором об'ємом 5 мл та адаптером для шприца; по 200 мл у скляному флаконі з кришкою, недоступною для відкриття дітьми, кожен флакон у картонній упаковці разом зі шприцем-дозатором об'ємом 5 мл та адаптером для шприца**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353864-26/B-100, 353865-26/B-100 від 03.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІНІТЕЛ® , сироп, 200 мг/5 мл; по 200 мл у скляному флаконі з кришкою з контролем першого відкриття, кожен флакон у картонній упаковці разом зі шприцем-дозатором об'ємом 5 мл та адаптером для шприца; по 200 мл у скляному флаконі з кришкою, недоступною для відкриття дітьми, кожен флакон у картонній упаковці разом зі шприцем-дозатором об'ємом 5 мл та адаптером для шприца**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**353864-26/B-100, 353865-26/B-100 від 03.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІНІТЕЛ® , сироп, 200 мг/5 мл; по 200 мл у скляному флаконі з кришкою з контролем першого відкриття, кожен флакон у картонній упаковці разом зі шприцем-дозатором об'ємом 5 мл та адаптером для шприца; по 200 мл у скляному флаконі з кришкою, недоступною для відкриття дітьми, кожен флакон у картонній упаковці разом зі шприцем-дозатором об'ємом 5 мл та адаптером для шприца**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353819-26/B-61 від 02.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІНПОЦЕТИН-АСТРАФАРМ, таблетки по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 2, або по 3, або по 5 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353819-26/B-61 від 02.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІНПОЦЕТИН-АСТРАФАРМ, таблетки по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 2, або по 3, або по 5 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**353819-26/B-61 від 02.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІНПОЦЕТИН-АСТРАФАРМ, таблетки по 5 мг по 10 таблеток у блістері; по 2, або по 3, або по 5 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**346353-25/3-144 від 15.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІРКІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг; по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Страйдс Фарма Сайенс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**346353-25/3-144 від 15.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІРКІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг; по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Страйдс Фарма Сайенс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**346353-25/3-144 від 15.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІРКІЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг; по 30 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Страйдс Фарма Сайенс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**349537-25/B-128, 349538-25/B-128 від 08.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТАМІН D3, таблетки по 1000 МО, по 2000 МО, по 4000 МО, по 5600 МО; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**349537-25/B-128, 349538-25/B-128 від 08.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТАМІН D3, таблетки по 1000 МО, по 2000 МО, по 4000 МО, по 5600 МО; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**349537-25/B-128, 349538-25/B-128 від 08.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ВІТАМІН D3, таблетки по 1000 МО, по 2000 МО, по 4000 МО, по 5600 МО; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**355270-26/3-149 від 25.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАДОВІСТ 1,0, розчин для ін'єкцій, 1 ммоль/мл; по 5 мл або по 7,5 мл або по 10 мл у скляному шприці, вкладеному у прозору пластикову коробку, закриту поліетиленом; по 5 шприців у картонній коробці; по 5 мл або по 7,5 мл або по 10 мл у пластиковому шприці; по 5 шприців, розміщених в картонному тримачі, у картонній коробці; по 7,5 мл або по 15 мл у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355270-26/3-149 від 25.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАДОВІСТ 1,0, розчин для ін'єкцій, 1 ммоль/мл; по 5 мл або по 7,5 мл або по 10 мл у скляному шприці, вкладеному у прозору пластикову коробку, закриту поліетиленом; по 5 шприців у картонній коробці; по 5 мл або по 7,5 мл або по 10 мл у пластиковому шприці; по 5 шприців, розміщених в картонному тримачі, у картонній коробці; по 7,5 мл або по 15 мл у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**355270-26/3-149 від 25.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАДОВІСТ 1,0, розчин для ін'єкцій, 1 ммоль/мл; по 5 мл або по 7,5 мл або по 10 мл у скляному шприці, вкладеному у прозору пластикову коробку, закриту поліетиленом; по 5 шприців у картонній коробці; по 5 мл або по 7,5 мл або по 10 мл у пластиковому шприці; по 5 шприців, розміщених в картонному тримачі, у картонній коробці; по 7,5 мл або по 15 мл у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352332-26/3-149 від 04.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАДОВІСТ 1,0, розчин для ін'єкцій, 1 ммоль/мл; по 5 мл або по 7,5 мл або по 10 мл у скляному шприці, вкладеному у прозору пластикову коробку, закриту поліетиленом; по 5 шприців у картонній коробці; по 5 мл або по 7,5 мл або по 10 мл у пластиковому шприці; по 5 шприців, розміщених в картонному тримачі, у картонній коробці; по 7,5 мл або по 15 мл у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352332-26/3-149 від 04.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАДОВІСТ 1,0, розчин для ін'єкцій, 1 ммоль/мл; по 5 мл або по 7,5 мл або по 10 мл у скляному шприці, вкладеному у прозору пластикову коробку, закриту поліетиленом; по 5 шприців у картонній коробці; по 5 мл або по 7,5 мл або по 10 мл у пластиковому шприці; по 5 шприців, розміщених в картонному тримачі, у картонній коробці; по 7,5 мл або по 15 мл у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**352332-26/3-149 від 04.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАДОВІСТ 1,0, розчин для ін'єкцій, 1 ммоль/мл; по 5 мл або по 7,5 мл або по 10 мл у скляному шприці, вкладеному у прозору пластикову коробку, закриту поліетиленом; по 5 шприців у картонній коробці; по 5 мл або по 7,5 мл або по 10 мл у пластиковому шприці; по 5 шприців, розміщених в картонному тримачі, у картонній коробці; по 7,5 мл або по 15 мл у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356692-26/3-88 від 16.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАДОВІСТ 1,0, розчин для ін'єкцій, 1 ммоль/мл по 5 мл або по 7,5 мл, або по 10 мл у скляному шприці, вкладеному у прозору пластикову коробку, закриту поліетиленом; по 5 шприців у картонній коробці; по 5 мл або по 7,5 мл, або по 10 мл у пластиковому шприці; по 5 шприців, розміщених в картонному тримачі, у картонній коробці; по 7,5 мл або по 15 мл у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356692-26/3-88 від 16.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАДОВІСТ 1,0, розчин для ін'єкцій, 1 ммоль/мл по 5 мл або по 7,5 мл, або по 10 мл у скляному шприці, вкладеному у прозору пластикову коробку, закриту поліетиленом; по 5 шприців у картонній коробці; по 5 мл або по 7,5 мл, або по 10 мл у пластиковому шприці; по 5 шприців, розміщених в картонному тримачі, у картонній коробці; по 7,5 мл або по 15 мл у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**356692-26/3-88 від 16.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГАДОВІСТ 1,0, розчин для ін'єкцій, 1 ммоль/мл по 5 мл або по 7,5 мл, або по 10 мл у скляному шприці, вкладеному у прозору пластикову коробку, закриту поліетиленом; по 5 шприців у картонній коробці; по 5 мл або по 7,5 мл, або по 10 мл у пластиковому шприці; по 5 шприців, розміщених в картонному тримачі, у картонній коробці; по 7,5 мл або по 15 мл у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354538-26/B-96, 354539-26/B-96, 354540-26/B-96 від 16.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕКСАВІТ, драже; по 50 драже у контейнері пластмасовому; по 1 контейнеру в пачці; по 50 драже у контейнері пластмасовому**
Заявник	**Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354538-26/B-96, 354539-26/B-96, 354540-26/B-96 від 16.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕКСАВІТ, драже; по 50 драже у контейнері пластмасовому; по 1 контейнеру в пачці; по 50 драже у контейнері пластмасовому**
Заявник	**Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354538-26/B-96, 354539-26/B-96, 354540-26/B-96 від 16.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕКСАВІТ, драже; по 50 драже у контейнері пластмасовому; по 1 контейнеру в пачці; по 50 драже у контейнері пластмасовому**
Заявник	**Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**343518-25/3-100, 343519-25/3-100 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМАТЕ® П, порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 250 МО/600 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 500 МО/1200 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 1000 МО/2400 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 15 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЦСЛ Берінг ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення 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	**343518-25/3-100, 343519-25/3-100 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМАТЕ® П, порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 250 МО/600 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 500 МО/1200 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 1000 МО/2400 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 15 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЦСЛ Берінг ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: 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	**343518-25/3-100, 343519-25/3-100 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМАТЕ® П, порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 250 МО/600 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 500 МО/1200 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 1000 МО/2400 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 15 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЦСЛ Берінг ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення 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	**343518-25/3-100, 343519-25/3-100 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМАТЕ® П, порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 250 МО/600 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 500 МО/1200 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 1000 МО/2400 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 15 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЦСЛ Берінг ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення 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	**343518-25/3-100, 343519-25/3-100 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМАТЕ® П, порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 250 МО/600 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 500 МО/1200 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 1000 МО/2400 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 15 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЦСЛ Берінг ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: 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	**343518-25/3-100, 343519-25/3-100 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМАТЕ® П, порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 250 МО/600 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 500 МО/1200 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 1000 МО/2400 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 15 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЦСЛ Берінг ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення 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	**343518-25/3-100, 343519-25/3-100 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМАТЕ® П, порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 250 МО/600 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 500 МО/1200 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 1000 МО/2400 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 15 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЦСЛ Берінг ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення 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	**343518-25/3-100, 343519-25/3-100 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМАТЕ® П, порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 250 МО/600 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 500 МО/1200 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 1000 МО/2400 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 15 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЦСЛ Берінг ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: 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	**343518-25/3-100, 343519-25/3-100 від 25.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМАТЕ® П, порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 250 МО/600 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 5 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 500 МО/1200 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для приготування розчину для ін`єкцій або інфузій по 1000 МО/2400 МО; по 1 флакону у комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) по 15 мл у флаконі та 1 пристроєм для додавання розчинника з вбудованим фільтром 15 мкм («Mix-2Vialтм 20/20») та 1 картонною упаковкою з набором для внутрішньовенного введення (1 одноразовий шприц, 1 голка-метелик, 2 дезінфікуючі серветки в індивідуальних герметичних упаковках та 1 нестерильний лейкопластир) у картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ЦСЛ Берінг ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення 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	**355418-26/3-139 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН АККОРД, концентрат для розчину для інфузій, 100 мг/мл, по 2 мл (200 мг), 10 мл (1000 мг), 15 мл (1500 мг), 20 мл (2000 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355418-26/3-139 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН АККОРД, концентрат для розчину для інфузій, 100 мг/мл, по 2 мл (200 мг), 10 мл (1000 мг), 15 мл (1500 мг), 20 мл (2000 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**355418-26/3-139 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЕМЦИТАБІН АККОРД, концентрат для розчину для інфузій, 100 мг/мл, по 2 мл (200 мг), 10 мл (1000 мг), 15 мл (1500 мг), 20 мл (2000 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355605-26/B-145, 355606-26/B-145 від 30.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІДАЗЕПАМ®, порошок (субстанція) у пакетах подвійних із плівки поліетиленової для виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**355605-26/B-145, 355606-26/B-145 від 30.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІДАЗЕПАМ®, порошок (субстанція) у пакетах подвійних із плівки поліетиленової для виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**355605-26/B-145, 355606-26/B-145 від 30.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІДАЗЕПАМ®, порошок (субстанція) у пакетах подвійних із плівки поліетиленової для виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**355256-26/3-149, 355257-26/3-149, 355258-26/3-149, 355259-26/3-149 від 25.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІНІПРАЛ, розчин для ін'єкцій, 10 мкг/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Австрія ГмбХ , Австрія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355256-26/3-149, 355257-26/3-149, 355258-26/3-149, 355259-26/3-149 від 25.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІНІПРАЛ, розчин для ін'єкцій, 10 мкг/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Австрія ГмбХ , Австрія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**355256-26/3-149, 355257-26/3-149, 355258-26/3-149, 355259-26/3-149 від 25.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІНІПРАЛ, розчин для ін'єкцій, 10 мкг/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Австрія ГмбХ , Австрія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**342687-25/3-138 від 11.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІОСЦИНУ БУТИЛБРОМІД КАЛЦЕКС, розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл, по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у чарунковій упаковці; по 1 або 2 чарункові упаковки в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Калцекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**342687-25/3-138 від 11.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІОСЦИНУ БУТИЛБРОМІД КАЛЦЕКС, розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл, по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у чарунковій упаковці; по 1 або 2 чарункові упаковки в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Калцекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**342687-25/3-138 від 11.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГІОСЦИНУ БУТИЛБРОМІД КАЛЦЕКС, розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл, по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у чарунковій упаковці; по 1 або 2 чарункові упаковки в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Калцекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**355677-26/B-144, 355678-26/B-144 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛИМАКС®, таблетки по 2 мг, по 3 мг, по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, або по 6, або по 10 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355677-26/B-144, 355678-26/B-144 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛИМАКС®, таблетки по 2 мг, по 3 мг, по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, або по 6, або по 10 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**355677-26/B-144, 355678-26/B-144 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛИМАКС®, таблетки по 2 мг, по 3 мг, по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, або по 6, або по 10 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355677-26/B-144, 355678-26/B-144 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛИМАКС®, таблетки по 2 мг, по 3 мг, по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, або по 6, або по 10 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355677-26/B-144, 355678-26/B-144 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛИМАКС®, таблетки по 2 мг, по 3 мг, по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, або по 6, або по 10 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**355677-26/B-144, 355678-26/B-144 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛИМАКС®, таблетки по 2 мг, по 3 мг, по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, або по 6, або по 10 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355677-26/B-144, 355678-26/B-144 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛИМАКС®, таблетки по 2 мг, по 3 мг, по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, або по 6, або по 10 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355677-26/B-144, 355678-26/B-144 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛИМАКС®, таблетки по 2 мг, по 3 мг, по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, або по 6, або по 10 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**355677-26/B-144, 355678-26/B-144 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛИМАКС®, таблетки по 2 мг, по 3 мг, по 4 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, або по 6, або по 10 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**350526-25/B-120 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІБЕНКЛАМІД, таблетки по 5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 5 або по 10 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**350526-25/B-120 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІБЕНКЛАМІД, таблетки по 5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 5 або по 10 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**350526-25/B-120 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІБЕНКЛАМІД, таблетки по 5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 5 або по 10 блістерів у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**355743-26/B-96 від 01.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІЦЕРИН, рідина (субстанція) у бочках полімерних для виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355743-26/B-96 від 01.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІЦЕРИН, рідина (субстанція) у бочках полімерних для виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**355743-26/B-96 від 01.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛІЦЕРИН, рідина (субстанція) у бочках полімерних для виробництва нестерильних лікарських форм**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**348360-25/B-61, 348361-25/B-61, 348362-25/B-61 від 20.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛОДУ НАСТОЙКА, настойка** **по 25 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками;** **по 25 мл у флаконі скляному, укупореному пробкою та кришкою, по 1 флакону в пачці;** **по 25 мл у флаконах скляних, укупорених пробками-крапельницями та кришками;** **по 25 мл у флаконі скляному, укупореному пробкою-крапельницею та кришкою, по 1 флакону в пачці;** **по 25 мл флаконах полімерних, укупорених пробками-крапельницями та кришками;** **по 25 мл у флаконі полімерному, укупореному пробкою-крапельницею та кришкою, по 1 флакону в пачці;** **по 50 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками;** **по 50 мл у флаконі скляному, укупореному пробкою та кришкою, по 1 флакону в пачці;** **по 50 мл у флаконах скляних, укупорених пробками-крапельницями та кришками;** **по 50 мл у флаконі скляному, укупореному пробкою-крапельницею та кришкою, по 1 флакону в пачці;** **по 50 мл флаконах полімерних, укупорених пробками-крапельницями та кришками;** **по 50 мл у флаконі полімерному, укупореному пробкою-крапельницею та кришкою, по 1 флакону в пачці;** **по 50 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 50 мл у флаконі полімерному, укупореному кришкою контролем першого розкриття, по 1 флакону в пачці;** **по 80 мл або по 100 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками;** **по 80 мл або по 100 мл у флаконі скляному, укупореному пробками та кришками, по 1 флакону в пачці;** **по 80 мл або по 100 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 80 мл або по 100 мл у флаконі полімерному, укупореному кришками з контролем першого розкриття, по 1 флакону в пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**
	Відмітка

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

Примітка*: Передоручення 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	**348360-25/B-61, 348361-25/B-61, 348362-25/B-61 від 20.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛОДУ НАСТОЙКА, настойка** **по 25 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками;** **по 25 мл у флаконі скляному, укупореному пробкою та кришкою, по 1 флакону в пачці;** **по 25 мл у флаконах скляних, укупорених пробками-крапельницями та кришками;** **по 25 мл у флаконі скляному, укупореному пробкою-крапельницею та кришкою, по 1 флакону в пачці;** **по 25 мл флаконах полімерних, укупорених пробками-крапельницями та кришками;** **по 25 мл у флаконі полімерному, укупореному пробкою-крапельницею та кришкою, по 1 флакону в пачці;** **по 50 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками;** **по 50 мл у флаконі скляному, укупореному пробкою та кришкою, по 1 флакону в пачці;** **по 50 мл у флаконах скляних, укупорених пробками-крапельницями та кришками;** **по 50 мл у флаконі скляному, укупореному пробкою-крапельницею та кришкою, по 1 флакону в пачці;** **по 50 мл флаконах полімерних, укупорених пробками-крапельницями та кришками;** **по 50 мл у флаконі полімерному, укупореному пробкою-крапельницею та кришкою, по 1 флакону в пачці;** **по 50 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 50 мл у флаконі полімерному, укупореному кришкою контролем першого розкриття, по 1 флакону в пачці;** **по 80 мл або по 100 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками;** **по 80 мл або по 100 мл у флаконі скляному, укупореному пробками та кришками, по 1 флакону в пачці;** **по 80 мл або по 100 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 80 мл або по 100 мл у флаконі полімерному, укупореному кришками з контролем першого розкриття, по 1 флакону в пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка

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

Примітка*: 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	**348360-25/B-61, 348361-25/B-61, 348362-25/B-61 від 20.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛОДУ НАСТОЙКА, настойка** **по 25 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками;** **по 25 мл у флаконі скляному, укупореному пробкою та кришкою, по 1 флакону в пачці;** **по 25 мл у флаконах скляних, укупорених пробками-крапельницями та кришками;** **по 25 мл у флаконі скляному, укупореному пробкою-крапельницею та кришкою, по 1 флакону в пачці;** **по 25 мл флаконах полімерних, укупорених пробками-крапельницями та кришками;** **по 25 мл у флаконі полімерному, укупореному пробкою-крапельницею та кришкою, по 1 флакону в пачці;** **по 50 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками;** **по 50 мл у флаконі скляному, укупореному пробкою та кришкою, по 1 флакону в пачці;** **по 50 мл у флаконах скляних, укупорених пробками-крапельницями та кришками;** **по 50 мл у флаконі скляному, укупореному пробкою-крапельницею та кришкою, по 1 флакону в пачці;** **по 50 мл флаконах полімерних, укупорених пробками-крапельницями та кришками;** **по 50 мл у флаконі полімерному, укупореному пробкою-крапельницею та кришкою, по 1 флакону в пачці;** **по 50 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 50 мл у флаконі полімерному, укупореному кришкою контролем першого розкриття, по 1 флакону в пачці;** **по 80 мл або по 100 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками;** **по 80 мл або по 100 мл у флаконі скляному, укупореному пробками та кришками, по 1 флакону в пачці;** **по 80 мл або по 100 мл у флаконах полімерних, укупорених кришками з контролем першого розкриття;** **по 80 мл або по 100 мл у флаконі полімерному, укупореному кришками з контролем першого розкриття, по 1 флакону в пачці**
Заявник	**Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка

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

Примітка*: Передоручення 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	**351441-26/3-147 від 14.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКАГЕН® 1 МГ ГІПОКІТ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 мг (1 МО); 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін`єкцій по 1 мл у шприці № 1) у пластиковій коробці**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351441-26/3-147 від 14.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКАГЕН® 1 МГ ГІПОКІТ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 мг (1 МО); 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін`єкцій по 1 мл у шприці № 1) у пластиковій коробці**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**351441-26/3-147 від 14.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГЛЮКАГЕН® 1 МГ ГІПОКІТ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 мг (1 МО); 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін`єкцій по 1 мл у шприці № 1) у пластиковій коробці**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353820-26/B-61 від 02.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРОПРИМ, таблетки по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353820-26/B-61 від 02.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРОПРИМ, таблетки по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**353820-26/B-61 від 02.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ГРОПРИМ, таблетки по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354825-26/B-130, 354826-26/B-130, 354827-26/B-130, 354828-26/B-130, 354829-26/B-130 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКАТИЛЕН РИНО КІДЗ, спрей назальний, розчин по 10 мл розчину у флаконі з розпилювачем та ковпачком, який захищає розпилювач; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354825-26/B-130, 354826-26/B-130, 354827-26/B-130, 354828-26/B-130, 354829-26/B-130 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКАТИЛЕН РИНО КІДЗ, спрей назальний, розчин по 10 мл розчину у флаконі з розпилювачем та ковпачком, який захищає розпилювач; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354825-26/B-130, 354826-26/B-130, 354827-26/B-130, 354828-26/B-130, 354829-26/B-130 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКАТИЛЕН РИНО КІДЗ, спрей назальний, розчин по 10 мл розчину у флаконі з розпилювачем та ковпачком, який захищає розпилювач; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353210-26/B-144 від 19.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСАТИФЕН-Н, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл, по 2 мл в ампулі поліетиленовій; по 1 ампулі у пакеті з алюмінієвої фольги; по 5 пакетів у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353210-26/B-144 від 19.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСАТИФЕН-Н, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл, по 2 мл в ампулі поліетиленовій; по 1 ампулі у пакеті з алюмінієвої фольги; по 5 пакетів у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**353210-26/B-144 від 19.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСАТИФЕН-Н, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл, по 2 мл в ампулі поліетиленовій; по 1 ампулі у пакеті з алюмінієвої фольги; по 5 пакетів у пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351983-26/B-100 від 28.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСАТИФЕН-Н, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл; по 2 мл в ампулі поліетиленовій з маркуванням українською мовою; по 1 ампулі у пакеті з алюмінієвої фольги з маркуванням українською мовою; по 5 пакетів у пачці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351983-26/B-100 від 28.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСАТИФЕН-Н, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл; по 2 мл в ампулі поліетиленовій з маркуванням українською мовою; по 1 ампулі у пакеті з алюмінієвої фольги з маркуванням українською мовою; по 5 пакетів у пачці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**351983-26/B-100 від 28.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕКСАТИФЕН-Н, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл; по 2 мл в ампулі поліетиленовій з маркуванням українською мовою; по 1 ампулі у пакеті з алюмінієвої фольги з маркуванням українською мовою; по 5 пакетів у пачці з картону з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351494-26/B-152 від 15.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕПАКІН®, сироп, 57,64 мг/мл; № 1: по 150 мл у флаконі; по 1 флакону з дозуючим пристроєм в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351494-26/B-152 від 15.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕПАКІН®, сироп, 57,64 мг/мл; № 1: по 150 мл у флаконі; по 1 флакону з дозуючим пристроєм в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**351494-26/B-152 від 15.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЕПАКІН®, сироп, 57,64 мг/мл; № 1: по 150 мл у флаконі; по 1 флакону з дозуючим пристроєм в картонній коробці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355234-26/3-82, 355235-26/3-82 від 25.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЖАРДІНС® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 25 мг; по 10 таблеток у перфорованому блістері; по 1 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355234-26/3-82, 355235-26/3-82 від 25.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЖАРДІНС® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 25 мг; по 10 таблеток у перфорованому блістері; по 1 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**355234-26/3-82, 355235-26/3-82 від 25.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЖАРДІНС® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 25 мг; по 10 таблеток у перфорованому блістері; по 1 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355234-26/3-82, 355235-26/3-82 від 25.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЖАРДІНС® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 25 мг; по 10 таблеток у перфорованому блістері; по 1 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355234-26/3-82, 355235-26/3-82 від 25.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЖАРДІНС® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 25 мг; по 10 таблеток у перфорованому блістері; по 1 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**355234-26/3-82, 355235-26/3-82 від 25.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДЖАРДІНС® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 25 мг; по 10 таблеток у перфорованому блістері; по 1 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352160-26/B-28 від 30.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИГОКСИН, порошок або кристали (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**352160-26/B-28 від 30.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИГОКСИН, порошок або кристали (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**352160-26/B-28 від 30.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИГОКСИН, порошок або кристали (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**352643-26/3-140, 352651-26/3-140, 352652-26/3-140 від 11.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИПРИВАН®, емульсія для інфузій, 10 мг/мл;** **для виробника АстраЗенека ЮК Лімітед, Велика Британія (AstraZeneca UK Limited, United Kingdom):** **по 20 мл в ампулі: по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у картонній коробці; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону з утримувачем у картонній коробці;** **для виробника Корден Фарма Соціета' Пер Азіоні, Італія (Corden Pharma Societa' Per Azioni, Italy):** **по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у картонному фіксаторі (утримувачі) у картонній коробці; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону з утримувачем у картонній коробці**
Заявник	**Аспен Фарма Трейдінг Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352643-26/3-140, 352651-26/3-140, 352652-26/3-140 від 11.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИПРИВАН®, емульсія для інфузій, 10 мг/мл;** **для виробника АстраЗенека ЮК Лімітед, Велика Британія (AstraZeneca UK Limited, United Kingdom):** **по 20 мл в ампулі: по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у картонній коробці; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону з утримувачем у картонній коробці;** **для виробника Корден Фарма Соціета' Пер Азіоні, Італія (Corden Pharma Societa' Per Azioni, Italy):** **по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у картонному фіксаторі (утримувачі) у картонній коробці; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону з утримувачем у картонній коробці**
Заявник	**Аспен Фарма Трейдінг Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**352643-26/3-140, 352651-26/3-140, 352652-26/3-140 від 11.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИПРИВАН®, емульсія для інфузій, 10 мг/мл;** **для виробника АстраЗенека ЮК Лімітед, Велика Британія (AstraZeneca UK Limited, United Kingdom):** **по 20 мл в ампулі: по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у картонній коробці; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону з утримувачем у картонній коробці;** **для виробника Корден Фарма Соціета' Пер Азіоні, Італія (Corden Pharma Societa' Per Azioni, Italy):** **по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у картонному фіксаторі (утримувачі) у картонній коробці; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону з утримувачем у картонній коробці**
Заявник	**Аспен Фарма Трейдінг Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352293-26/3-130, 352294-26/3-130 від 03.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИПРОСПАН®, суспензія для ін'єкцій;** **по 1 мл в ампулі з маркуванням українською мовою; по 5 ампул в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами;** **по 1 мл в попередньо наповненому шприці з маркуванням українською мовою; по 1 шприцу в комплекті з 1 або 2 стерильними голками в пластиковому контейнері з маркуванням українською мовою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Органон Сентрал Іст ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352293-26/3-130, 352294-26/3-130 від 03.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИПРОСПАН®, суспензія для ін'єкцій;** **по 1 мл в ампулі з маркуванням українською мовою; по 5 ампул в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами;** **по 1 мл в попередньо наповненому шприці з маркуванням українською мовою; по 1 шприцу в комплекті з 1 або 2 стерильними голками в пластиковому контейнері з маркуванням українською мовою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Органон Сентрал Іст ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**352293-26/3-130, 352294-26/3-130 від 03.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДИПРОСПАН®, суспензія для ін'єкцій;** **по 1 мл в ампулі з маркуванням українською мовою; по 5 ампул в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами;** **по 1 мл в попередньо наповненому шприці з маркуванням українською мовою; по 1 шприцу в комплекті з 1 або 2 стерильними голками в пластиковому контейнері з маркуванням українською мовою в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**Органон Сентрал Іст ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354035-26/3-147, 354037-26/3-147 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 1,36% М/ОБ/13,6 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 2,27% М/ОБ/22,7 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 3,86% М/ОБ/38,6 МГ/МЛ, розчин для перитонеального діалізу; по 2000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 5 комплектів у картонній коробці; по 2500 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці; по 3000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 3 комплекти у картонній коробці; по 5000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, вкладеному у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці.**
Заявник	**Вентів Менуфекчуринг Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354035-26/3-147, 354037-26/3-147 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 1,36% М/ОБ/13,6 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 2,27% М/ОБ/22,7 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 3,86% М/ОБ/38,6 МГ/МЛ, розчин для перитонеального діалізу; по 2000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 5 комплектів у картонній коробці; по 2500 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці; по 3000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 3 комплекти у картонній коробці; по 5000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, вкладеному у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці.**
Заявник	**Вентів Менуфекчуринг Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у 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	**354035-26/3-147, 354037-26/3-147 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 1,36% М/ОБ/13,6 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 2,27% М/ОБ/22,7 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 3,86% М/ОБ/38,6 МГ/МЛ, розчин для перитонеального діалізу; по 2000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 5 комплектів у картонній коробці; по 2500 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці; по 3000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 3 комплекти у картонній коробці; по 5000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, вкладеному у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці.**
Заявник	**Вентів Менуфекчуринг Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

<table>
<tr><td>Відмовлено, причина</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">Передано співробітником ВЛ УДЗД

Прийнято співробітником УКЕМ</td><td>__.__.2026</td><td></td></tr>
<tr><td>(дата)
__.__.2026</td><td>(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)</td></tr>
<tr><td>(дата)</td><td>(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)</td></tr>
</table>

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	**354035-26/3-147, 354037-26/3-147 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 1,36% М/ОБ/13,6 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 2,27% М/ОБ/22,7 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 3,86% М/ОБ/38,6 МГ/МЛ, розчин для перитонеального діалізу; по 2000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 5 комплектів у картонній коробці; по 2500 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці; по 3000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 3 комплекти у картонній коробці; по 5000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, вкладеному у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці.**
Заявник	**Вентів Менуфекчуринг Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354035-26/3-147, 354037-26/3-147 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 1,36% М/ОБ/13,6 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 2,27% М/ОБ/22,7 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 3,86% М/ОБ/38,6 МГ/МЛ, розчин для перитонеального діалізу; по 2000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 5 комплектів у картонній коробці; по 2500 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці; по 3000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 3 комплекти у картонній коробці; по 5000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, вкладеному у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці.**
Заявник	**Вентів Менуфекчуринг Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у 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	**354035-26/3-147, 354037-26/3-147 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 1,36% М/ОБ/13,6 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 2,27% М/ОБ/22,7 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 3,86% М/ОБ/38,6 МГ/МЛ, розчин для перитонеального діалізу; по 2000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 5 комплектів у картонній коробці; по 2500 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці; по 3000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 3 комплекти у картонній коробці; по 5000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, вкладеному у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці.**
Заявник	**Вентів Менуфекчуринг Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

<table>
<tr><td>Відмовлено, причина</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">Передано співробітником ВЛ УДЗД

Прийнято співробітником УКЕМ</td><td>__.__.2026</td><td></td></tr>
<tr><td>(дата)
__.__.2026</td><td>(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)</td></tr>
<tr><td>(дата)</td><td>(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)</td></tr>
</table>

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	**354035-26/3-147, 354037-26/3-147 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 1,36% М/ОБ/13,6 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 2,27% М/ОБ/22,7 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 3,86% М/ОБ/38,6 МГ/МЛ, розчин для перитонеального діалізу; по 2000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 5 комплектів у картонній коробці; по 2500 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці; по 3000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 3 комплекти у картонній коробці; по 5000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, вкладеному у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці.**
Заявник	**Вентів Менуфекчуринг Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354035-26/3-147, 354037-26/3-147 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 1,36% М/ОБ/13,6 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 2,27% М/ОБ/22,7 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 3,86% М/ОБ/38,6 МГ/МЛ, розчин для перитонеального діалізу; по 2000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 5 комплектів у картонній коробці; по 2500 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці; по 3000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 3 комплекти у картонній коробці; по 5000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, вкладеному у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці.**
Заявник	**Вентів Менуфекчуринг Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у 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	**354035-26/3-147, 354037-26/3-147 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 1,36% М/ОБ/13,6 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 2,27% М/ОБ/22,7 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 3,86% М/ОБ/38,6 МГ/МЛ, розчин для перитонеального діалізу; по 2000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 5 комплектів у картонній коробці; по 2500 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці; по 3000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 3 комплекти у картонній коробці; по 5000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, вкладеному у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці.**
Заявник	**Вентів Менуфекчуринг Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

<table>
<tr><td>Відмовлено, причина</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">Передано співробітником ВЛ УДЗД

Прийнято співробітником УКЕМ</td><td>__.__.2026</td><td></td></tr>
<tr><td>(дата)
__.__.2026</td><td>(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)</td></tr>
<tr><td>(дата)</td><td>(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)</td></tr>
</table>

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	**346443-25/3-06 від 16.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАПЕНЕМ, порошок для розчину для ін`єкцій та інфузій по 500 мг; по 1000 мг; по 1 флакону або 10 флаконів у пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**346443-25/3-06 від 16.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАПЕНЕМ, порошок для розчину для ін`єкцій та інфузій по 500 мг; по 1000 мг; по 1 флакону або 10 флаконів у пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**346443-25/3-06 від 16.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАПЕНЕМ, порошок для розчину для ін`єкцій та інфузій по 500 мг; по 1000 мг; по 1 флакону або 10 флаконів у пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**346442-25/3-06 від 16.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАПЕНЕМ, порошок для розчину для ін`єкцій та інфузій по 500 мг; по 1000 мг; по 1 флакону або 10 флаконів у пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**346442-25/3-06 від 16.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАПЕНЕМ, порошок для розчину для ін`єкцій та інфузій по 500 мг; по 1000 мг; по 1 флакону або 10 флаконів у пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**346442-25/3-06 від 16.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАПЕНЕМ, порошок для розчину для ін`єкцій та інфузій по 500 мг; по 1000 мг; по 1 флакону або 10 флаконів у пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**346442-25/3-06 від 16.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАПЕНЕМ, порошок для розчину для ін`єкцій та інфузій по 500 мг; по 1000 мг; по 1 флакону або 10 флаконів у пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**346442-25/3-06 від 16.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАПЕНЕМ, порошок для розчину для ін`єкцій та інфузій по 500 мг; по 1000 мг; по 1 флакону або 10 флаконів у пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**346442-25/3-06 від 16.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАПЕНЕМ, порошок для розчину для ін`єкцій та інфузій по 500 мг; по 1000 мг; по 1 флакону або 10 флаконів у пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**346443-25/3-06 від 16.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАПЕНЕМ, порошок для розчину для ін`єкцій та інфузій по 500 мг; по 1000 мг; по 1 флакону або 10 флаконів у пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**346443-25/3-06 від 16.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАПЕНЕМ, порошок для розчину для ін`єкцій та інфузій по 500 мг; по 1000 мг; по 1 флакону або 10 флаконів у пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**346443-25/3-06 від 16.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДІАПЕНЕМ, порошок для розчину для ін`єкцій та інфузій по 500 мг; по 1000 мг; по 1 флакону або 10 флаконів у пачці з картону**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**338631-25/3-45 від 03.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОКЦЕФ, таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг або по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**Скай Фарма ВЗ-ТОВ, Об'єднані Арабські Емірати**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**338631-25/3-45 від 03.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОКЦЕФ, таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг або по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**Скай Фарма ВЗ-ТОВ, Об'єднані Арабські Емірати**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**338631-25/3-45 від 03.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОКЦЕФ, таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг або по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**Скай Фарма ВЗ-ТОВ, Об'єднані Арабські Емірати**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**338631-25/3-45 від 03.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОКЦЕФ, таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг або по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**Скай Фарма ВЗ-ТОВ, Об'єднані Арабські Емірати**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**338631-25/3-45 від 03.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОКЦЕФ, таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг або по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**Скай Фарма ВЗ-ТОВ, Об'єднані Арабські Емірати**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**338631-25/3-45 від 03.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОКЦЕФ, таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг або по 200 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**Скай Фарма ВЗ-ТОВ, Об'єднані Арабські Емірати**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**345560-25/3-28, 356701-26/3-60 від 01.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОЦЕТАКСЕЛ АМАКСА, концентрат для розчину для інфузій, 20 мг/мл по 1 мл, 4 мл або 8 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 1 мл, 4 мл або 8 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**345560-25/3-28, 356701-26/3-60 від 01.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОЦЕТАКСЕЛ АМАКСА, концентрат для розчину для інфузій, 20 мг/мл по 1 мл, 4 мл або 8 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 1 мл, 4 мл або 8 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**345560-25/3-28, 356701-26/3-60 від 01.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДОЦЕТАКСЕЛ АМАКСА, концентрат для розчину для інфузій, 20 мг/мл по 1 мл, 4 мл або 8 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 1 мл, 4 мл або 8 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355404-26/B-146, 355460-26/B-146 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУГЛИМАКС®, таблетки, 500 мг/1 мг або 500 мг/2 мг по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355404-26/B-146, 355460-26/B-146 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУГЛИМАКС®, таблетки, 500 мг/1 мг або 500 мг/2 мг по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**355404-26/B-146, 355460-26/B-146 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУГЛИМАКС®, таблетки, 500 мг/1 мг або 500 мг/2 мг по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355404-26/B-146, 355460-26/B-146 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУГЛИМАКС®, таблетки, 500 мг/1 мг або 500 мг/2 мг по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355404-26/B-146, 355460-26/B-146 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУГЛИМАКС®, таблетки, 500 мг/1 мг або 500 мг/2 мг по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**355404-26/B-146, 355460-26/B-146 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУГЛИМАКС®, таблетки, 500 мг/1 мг або 500 мг/2 мг по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**334897-25/З-149, 347828-25/З-97 від 27.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУКРЕССА®, краплі очні, розчин; по 5 мл у флаконі з наконечником-крапельницею та кришкою; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**334897-25/З-149, 347828-25/З-97 від 27.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУКРЕССА®, краплі очні, розчин; по 5 мл у флаконі з наконечником-крапельницею та кришкою; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**334897-25/З-149, 347828-25/З-97 від 27.03.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ДУКРЕССА®, краплі очні, розчин; по 5 мл у флаконі з наконечником-крапельницею та кришкою; по 1 флакону в картонній упаковці**
Заявник	**Сантен АТ, Фінляндія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**344779-25/3-147 від 15.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВІНОПОН, розчин для ін'єкцій, по 25 мг/мл; по 3 мл (75 мг) в ампулі; по 5 ампул у пластиковому контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**БРОС ЛТД, Греція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**344779-25/3-147 від 15.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВІНОПОН, розчин для ін'єкцій, по 25 мг/мл; по 3 мл (75 мг) в ампулі; по 5 ампул у пластиковому контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**БРОС ЛТД, Греція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**344779-25/3-147 від 15.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВІНОПОН, розчин для ін'єкцій, по 25 мг/мл; по 3 мл (75 мг) в ампулі; по 5 ампул у пластиковому контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**БРОС ЛТД, Греція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351125-25/B-97 від 31.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВКАСПРЕЙ ТУРБО, спрей назальний, дозований 1,0 мг/мл, по 8 мл або 10 мл, або 12 мл у поліетиленовому контейнері з насосом з розпилювачем у пачці з картону**
Заявник	**СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351125-25/B-97 від 31.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВКАСПРЕЙ ТУРБО, спрей назальний, дозований 1,0 мг/мл, по 8 мл або 10 мл, або 12 мл у поліетиленовому контейнері з насосом з розпилювачем у пачці з картону**
Заявник	**СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**351125-25/B-97 від 31.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕВКАСПРЕЙ ТУРБО, спрей назальний, дозований 1,0 мг/мл, по 8 мл або 10 мл, або 12 мл у поліетиленовому контейнері з насосом з розпилювачем у пачці з картону**
Заявник	**СПЕРКО ІНТЕРНЕШНЛ ЛІМІТЕД, Кіпр**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353730-26/3-88 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕГЛОНІЛ®, розчин для ін'єкцій, 100 мг/2 мл; № 6: по 2 мл в ампулі; по 6 ампул у контурних чарунках у картонній коробці**
Заявник	**неураксфарм Арзнеймiттель Гмбх, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353730-26/3-88 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕГЛОНІЛ®, розчин для ін'єкцій, 100 мг/2 мл; № 6: по 2 мл в ампулі; по 6 ампул у контурних чарунках у картонній коробці**
Заявник	**неураксфарм Арзнеймiттель Гмбх, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**353730-26/3-88 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕГЛОНІЛ®, розчин для ін'єкцій, 100 мг/2 мл; № 6: по 2 мл в ампулі; по 6 ампул у контурних чарунках у картонній коробці**
Заявник	**неураксфарм Арзнеймiттель Гмбх, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351859-26/3-120, 351860-26/3-120, 351861-26/3-120, 351862-26/3-120 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕГОЛАНЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351859-26/3-120, 351860-26/3-120, 351861-26/3-120, 351862-26/3-120 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕГОЛАНЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**351859-26/3-120, 351860-26/3-120, 351861-26/3-120, 351862-26/3-120 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕГОЛАНЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351859-26/3-120, 351860-26/3-120, 351861-26/3-120, 351862-26/3-120 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕГОЛАНЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351859-26/3-120, 351860-26/3-120, 351861-26/3-120, 351862-26/3-120 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕГОЛАНЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**351859-26/3-120, 351860-26/3-120, 351861-26/3-120, 351862-26/3-120 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕГОЛАНЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351859-26/3-120, 351860-26/3-120, 351861-26/3-120, 351862-26/3-120 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕГОЛАНЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351859-26/3-120, 351860-26/3-120, 351861-26/3-120, 351862-26/3-120 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕГОЛАНЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**351859-26/3-120, 351860-26/3-120, 351861-26/3-120, 351862-26/3-120 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕГОЛАНЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351859-26/3-120, 351860-26/3-120, 351861-26/3-120, 351862-26/3-120 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕГОЛАНЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351859-26/3-120, 351860-26/3-120, 351861-26/3-120, 351862-26/3-120 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕГОЛАНЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**351859-26/3-120, 351860-26/3-120, 351861-26/3-120, 351862-26/3-120 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕГОЛАНЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 або 8 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351477-26/3-100 від 15.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКВОРАЛ®, капсули м'які по 25 мг або по 50 мг, або по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351477-26/3-100 від 15.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКВОРАЛ®, капсули м'які по 25 мг або по 50 мг, або по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**351477-26/3-100 від 15.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКВОРАЛ®, капсули м'які по 25 мг або по 50 мг, або по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351477-26/3-100 від 15.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКВОРАЛ®, капсули м'які по 25 мг або по 50 мг, або по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351477-26/3-100 від 15.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКВОРАЛ®, капсули м'які по 25 мг або по 50 мг, або по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**351477-26/3-100 від 15.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКВОРАЛ®, капсули м'які по 25 мг або по 50 мг, або по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351477-26/3-100 від 15.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКВОРАЛ®, капсули м'які по 25 мг або по 50 мг, або по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351477-26/3-100 від 15.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКВОРАЛ®, капсули м'які по 25 мг або по 50 мг, або по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**351477-26/3-100 від 15.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕКВОРАЛ®, капсули м'які по 25 мг або по 50 мг, або по 100 мг; по 10 капсул у блістері; по 5 блістерів у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**348392-25/3-88, 348393-25/3-88 від 20.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТИВІО®, порошок для концентрату для розчину для інфузій по 300 мг по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**348392-25/3-88, 348393-25/3-88 від 20.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТИВІО®, порошок для концентрату для розчину для інфузій по 300 мг по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**348392-25/3-88, 348393-25/3-88 від 20.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕНТИВІО®, порошок для концентрату для розчину для інфузій по 300 мг по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Такеда Фарма А/С, Данія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353323-26/3-123 від 20.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСМЕРОН®, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл; по 5 мл (50 мг) у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353323-26/3-123 від 20.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСМЕРОН®, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл; по 5 мл (50 мг) у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**353323-26/3-123 від 20.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСМЕРОН®, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл; по 5 мл (50 мг) у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355183-26/B-60 від 24.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИНОВА СІЛЬ 2,6 - ДІАМІНОГЕКСАНОВОЇ КИСЛОТИ, порошок (субстанція) у банках для виробництва стерильних лікарських форм**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355183-26/B-60 від 24.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИНОВА СІЛЬ 2,6 - ДІАМІНОГЕКСАНОВОЇ КИСЛОТИ, порошок (субстанція) у банках для виробництва стерильних лікарських форм**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**355183-26/B-60 від 24.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕСЦИНОВА СІЛЬ 2,6 - ДІАМІНОГЕКСАНОВОЇ КИСЛОТИ, порошок (субстанція) у банках для виробництва стерильних лікарських форм**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353201-26/3-139 від 19.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТЕРІКОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 30 мг, 60 мг, 90 мг або 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353201-26/3-139 від 19.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТЕРІКОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 30 мг, 60 мг, 90 мг або 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**353201-26/3-139 від 19.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТЕРІКОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 30 мг, 60 мг, 90 мг або 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353201-26/3-139 від 19.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТЕРІКОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 30 мг, 60 мг, 90 мг або 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353201-26/3-139 від 19.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТЕРІКОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 30 мг, 60 мг, 90 мг або 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**353201-26/3-139 від 19.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТЕРІКОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 30 мг, 60 мг, 90 мг або 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353201-26/3-139 від 19.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТЕРІКОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 30 мг, 60 мг, 90 мг або 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353201-26/3-139 від 19.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТЕРІКОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 30 мг, 60 мг, 90 мг або 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**353201-26/3-139 від 19.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТЕРІКОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 30 мг, 60 мг, 90 мг або 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353201-26/3-139 від 19.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТЕРІКОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 30 мг, 60 мг, 90 мг або 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353201-26/3-139 від 19.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТЕРІКОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 30 мг, 60 мг, 90 мг або 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**353201-26/3-139 від 19.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТЕРІКОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 30 мг, 60 мг, 90 мг або 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351231-26/B-97, 351232-26/B-97 від 05.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТИЛОСЕПТ 96, розчин 96 %, по 100 мл у флаконах скляних; по 1 л, 5 л у пляшках скляних; по 1 л, 5 л, 10 л, 20 л у каністрах полімерних; in bulk: по 1 л, 5 л, 10 л, 20 л у каністрах полімерних**
Заявник	**ТОВ "МЕДІКОРН", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351231-26/B-97, 351232-26/B-97 від 05.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТИЛОСЕПТ 96, розчин 96 %, по 100 мл у флаконах скляних; по 1 л, 5 л у пляшках скляних; по 1 л, 5 л, 10 л, 20 л у каністрах полімерних; in bulk: по 1 л, 5 л, 10 л, 20 л у каністрах полімерних**
Заявник	**ТОВ "МЕДІКОРН", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**351231-26/B-97, 351232-26/B-97 від 05.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТИЛОСЕПТ 96, розчин 96 %, по 100 мл у флаконах скляних; по 1 л, 5 л у пляшках скляних; по 1 л, 5 л, 10 л, 20 л у каністрах полімерних; in bulk: по 1 л, 5 л, 10 л, 20 л у каністрах полімерних**
Заявник	**ТОВ "МЕДІКОРН", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351231-26/B-97, 351232-26/B-97 від 05.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТИЛОСЕПТ 96, розчин 96 %, по 100 мл у флаконах скляних; по 1 л, 5 л у пляшках скляних; по 1 л, 5 л, 10 л, 20 л у каністрах полімерних; in bulk: по 1 л, 5 л, 10 л, 20 л у каністрах полімерних**
Заявник	**ТОВ "МЕДІКОРН", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351231-26/B-97, 351232-26/B-97 від 05.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТИЛОСЕПТ 96, розчин 96 %, по 100 мл у флаконах скляних; по 1 л, 5 л у пляшках скляних; по 1 л, 5 л, 10 л, 20 л у каністрах полімерних; in bulk: по 1 л, 5 л, 10 л, 20 л у каністрах полімерних**
Заявник	**ТОВ "МЕДІКОРН", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**351231-26/B-97, 351232-26/B-97 від 05.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТИЛОСЕПТ 96, розчин 96 %, по 100 мл у флаконах скляних; по 1 л, 5 л у пляшках скляних; по 1 л, 5 л, 10 л, 20 л у каністрах полімерних; in bulk: по 1 л, 5 л, 10 л, 20 л у каністрах полімерних**
Заявник	**ТОВ "МЕДІКОРН", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355672-26/B-144, 355673-26/B-144 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТСЕТ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг, по 80 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355672-26/B-144, 355673-26/B-144 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТСЕТ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг, по 80 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**355672-26/B-144, 355673-26/B-144 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТСЕТ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг, по 80 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355672-26/B-144, 355673-26/B-144 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТСЕТ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг, по 80 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355672-26/B-144, 355673-26/B-144 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТСЕТ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг, по 80 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**355672-26/B-144, 355673-26/B-144 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТСЕТ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг, по 80 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355672-26/B-144, 355673-26/B-144 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТСЕТ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг, по 80 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355672-26/B-144, 355673-26/B-144 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТСЕТ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг, по 80 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**355672-26/B-144, 355673-26/B-144 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТСЕТ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг, по 80 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355672-26/B-144, 355673-26/B-144 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТСЕТ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг, по 80 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355672-26/B-144, 355673-26/B-144 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТСЕТ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг, по 80 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**355672-26/B-144, 355673-26/B-144 від 31.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЕТСЕТ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг, по 80 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, або по 4, або по 6 блістерів у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351701-26/3-148 від 21.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОПЕНЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1,0 г; 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Євро Лайфкер Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351701-26/3-148 від 21.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОПЕНЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1,0 г; 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Євро Лайфкер Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**351701-26/3-148 від 21.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОПЕНЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1,0 г; 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Євро Лайфкер Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351701-26/3-148 від 21.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОПЕНЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1,0 г; 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Євро Лайфкер Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351701-26/3-148 від 21.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОПЕНЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1,0 г; 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Євро Лайфкер Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**351701-26/3-148 від 21.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЄВРОПЕНЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або по 1,0 г; 1 або 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Євро Лайфкер Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354647-26/B-146 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЖОВЧОГІННИЙ ЗБІР, 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	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354647-26/B-146 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЖОВЧОГІННИЙ ЗБІР, 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	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**354647-26/B-146 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЖОВЧОГІННИЙ ЗБІР, 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	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**358015-26/3-152 від 12.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗАРСІО®, розчин для ін'єкцій або інфузій, 30 млн ОД/0,5 мл; розчин для ін'єкцій або інфузій, 48 млн ОД/0,5 мл; по 0,5 мл розчину в попередньо заповненому шприці, оснащеного поршнем, ін'єкційною голкою, ковпачком та захисним пристроєм для запобігання пошкодження голкою після застосування, у блістерній упаковці; по 1 або 5 блістерних упаковок в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**358015-26/3-152 від 12.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗАРСІО®, розчин для ін'єкцій або інфузій, 30 млн ОД/0,5 мл; розчин для ін'єкцій або інфузій, 48 млн ОД/0,5 мл; по 0,5 мл розчину в попередньо заповненому шприці, оснащеного поршнем, ін'єкційною голкою, ковпачком та захисним пристроєм для запобігання пошкодження голкою після застосування, у блістерній упаковці; по 1 або 5 блістерних упаковок в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**358015-26/3-152 від 12.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗАРСІО®, розчин для ін'єкцій або інфузій, 30 млн ОД/0,5 мл; розчин для ін'єкцій або інфузій, 48 млн ОД/0,5 мл; по 0,5 мл розчину в попередньо заповненому шприці, оснащеного поршнем, ін'єкційною голкою, ковпачком та захисним пристроєм для запобігання пошкодження голкою після застосування, у блістерній упаковці; по 1 або 5 блістерних упаковок в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**358015-26/3-152 від 12.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗАРСІО®, розчин для ін'єкцій або інфузій, 30 млн ОД/0,5 мл; розчин для ін'єкцій або інфузій, 48 млн ОД/0,5 мл; по 0,5 мл розчину в попередньо заповненому шприці, оснащеного поршнем, ін'єкційною голкою, ковпачком та захисним пристроєм для запобігання пошкодження голкою після застосування, у блістерній упаковці; по 1 або 5 блістерних упаковок в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**358015-26/3-152 від 12.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗАРСІО®, розчин для ін'єкцій або інфузій, 30 млн ОД/0,5 мл; розчин для ін'єкцій або інфузій, 48 млн ОД/0,5 мл; по 0,5 мл розчину в попередньо заповненому шприці, оснащеного поршнем, ін'єкційною голкою, ковпачком та захисним пристроєм для запобігання пошкодження голкою після застосування, у блістерній упаковці; по 1 або 5 блістерних упаковок в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**358015-26/3-152 від 12.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗАРСІО®, розчин для ін'єкцій або інфузій, 30 млн ОД/0,5 мл; розчин для ін'єкцій або інфузій, 48 млн ОД/0,5 мл; по 0,5 мл розчину в попередньо заповненому шприці, оснащеного поршнем, ін'єкційною голкою, ковпачком та захисним пристроєм для запобігання пошкодження голкою після застосування, у блістерній упаковці; по 1 або 5 блістерних упаковок в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353693-26/3-137, 353694-26/3-137 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗЕРЦЕПАК, порошок для концентрату для розчину для інфузій, по 150 мг** **по 150 мг у флаконі, по 1 флакону у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353693-26/3-137, 353694-26/3-137 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗЕРЦЕПАК, порошок для концентрату для розчину для інфузій, по 150 мг** **по 150 мг у флаконі, по 1 флакону у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**353693-26/3-137, 353694-26/3-137 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗЕРЦЕПАК, порошок для концентрату для розчину для інфузій, по 150 мг** **по 150 мг у флаконі, по 1 флакону у пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354006-26/B-138 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОФЕНОЗИД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг/12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354006-26/B-138 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОФЕНОЗИД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг/12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354006-26/B-138 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОФЕНОЗИД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг/12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**346680-25/3-61 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОФЕТРОН, таблетки, вкриті оболонкою, по 8 мг по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**346680-25/3-61 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОФЕТРОН, таблетки, вкриті оболонкою, по 8 мг по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**346680-25/3-61 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЗОФЕТРОН, таблетки, вкриті оболонкою, по 8 мг по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Фармасайнс Інк., Канада**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**357332-26/B-88 від 29.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМІКЕРАДЕРМ®, крем, 50 мг/г; по 250 мг крему в саше; по 12 або по 24 саше в пачці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**357332-26/B-88 від 29.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМІКЕРАДЕРМ®, крем, 50 мг/г; по 250 мг крему в саше; по 12 або по 24 саше в пачці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**357332-26/B-88 від 29.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІМІКЕРАДЕРМ®, крем, 50 мг/г; по 250 мг крему в саше; по 12 або по 24 саше в пачці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355472-26/3-61 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІРИНОТЕКАН АККОРД, концентрат для приготування розчину для інфузій, 20 мг/мл по 5 мл (100 мг) або по 15 мл (300 мг) у флаконі, по 1 флакону в пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355472-26/3-61 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІРИНОТЕКАН АККОРД, концентрат для приготування розчину для інфузій, 20 мг/мл по 5 мл (100 мг) або по 15 мл (300 мг) у флаконі, по 1 флакону в пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**355472-26/3-61 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ІРИНОТЕКАН АККОРД, концентрат для приготування розчину для інфузій, 20 мг/мл по 5 мл (100 мг) або по 15 мл (300 мг) у флаконі, по 1 флакону в пачці**
Заявник	**Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354549-26/B-120 від 16.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЕНДУЛИ НАСТОЙКА, настойка** **по 20 мл або по 25 мл, або по 40 мл, або по 50 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками або пробками-крапельницями та кришками; по 20 мл або по 25 мл у флаконі скляному, укупореному пробкою-крапельницею та кришками; по 1 флакону в пачці з картону** **по 40 мл або по 50 мл у флаконі скляному, укупореному пробкою-крапельницею та кришкою або пробкою і кришкою; по 1 флакону в пачці з картону** **по 20 мл або по 25 мл, або по 40 мл, або по 50 мл у флаконах полімерних, укупорених пробками-крапельницями та кришками** **по 20 мл або по 25 мл, або по 40 мл, або по 50 мл у флаконі полімерному, укупореному пробкою-крапельницею та кришкою, по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354549-26/B-120 від 16.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЕНДУЛИ НАСТОЙКА, настойка** **по 20 мл або по 25 мл, або по 40 мл, або по 50 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками або пробками-крапельницями та кришками; по 20 мл або по 25 мл у флаконі скляному, укупореному пробкою-крапельницею та кришками; по 1 флакону в пачці з картону** **по 40 мл або по 50 мл у флаконі скляному, укупореному пробкою-крапельницею та кришкою або пробкою і кришкою; по 1 флакону в пачці з картону** **по 20 мл або по 25 мл, або по 40 мл, або по 50 мл у флаконах полімерних, укупорених пробками-крапельницями та кришками** **по 20 мл або по 25 мл, або по 40 мл, або по 50 мл у флаконі полімерному, укупореному пробкою-крапельницею та кришкою, по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	(дата) **__.__.2026**	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

УДЗД		
	(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	**354549-26/B-120 від 16.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЕНДУЛИ НАСТОЙКА, настойка** **по 20 мл або по 25 мл, або по 40 мл, або по 50 мл у флаконах скляних, укупорених пробками та кришками або пробками-крапельницями та кришками; по 20 мл або по 25 мл у флаконі скляному, укупореному пробкою-крапельницею та кришками; по 1 флакону в пачці з картону** **по 40 мл або по 50 мл у флаконі скляному, укупореному пробкою-крапельницею та кришкою або пробкою і кришкою; по 1 флакону в пачці з картону** **по 20 мл або по 25 мл, або по 40 мл, або по 50 мл у флаконах полімерних, укупорених пробками-крапельницями та кришками** **по 20 мл або по 25 мл, або по 40 мл, або по 50 мл у флаконі полімерному, укупореному пробкою-крапельницею та кришкою, по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**__.__.2026**	

співробітником УКЕМ		
	(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	**342668-25/З-126, 342669-25/З-126, 342670-25/З-126, 356796-26/З-126 від 08.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛКВЕНС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 8 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 7 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**342668-25/З-126, 342669-25/З-126, 342670-25/З-126, 356796-26/З-126 від 08.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛКВЕНС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 8 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 7 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**342668-25/З-126, 342669-25/З-126, 342670-25/З-126, 356796-26/З-126 від 08.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛКВЕНС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 8 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 7 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**357100-26/3-116, 357101-26/3-116, 357102-26/3-116, 357105-26/3-116, 357106-26/3-116, 357107-26/3-116, 357108-26/3-116, 357109-26/3-116, 357111-26/3-116, 357112-26/3-116, 357113-26/3-116 від 24.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬЦІЮ ФОЛІНАТ-ВІСТА, розчин для ін`єкцій, 10 мг/мл по 5 мл (50 мг) або 20 мл (200 мг), або 50 мл (500 мг), або 100 мл (1000 мг) у флаконі, по 1 флакону в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**357100-26/3-116, 357101-26/3-116, 357102-26/3-116, 357105-26/3-116, 357106-26/3-116, 357107-26/3-116, 357108-26/3-116, 357109-26/3-116, 357111-26/3-116, 357112-26/3-116, 357113-26/3-116 від 24.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬЦІЮ ФОЛІНАТ-ВІСТА, розчин для ін`єкцій, 10 мг/мл по 5 мл (50 мг) або 20 мл (200 мг), або 50 мл (500 мг), або 100 мл (1000 мг) у флаконі, по 1 флакону в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**357100-26/3-116, 357101-26/3-116, 357102-26/3-116, 357105-26/3-116, 357106-26/3-116, 357107-26/3-116, 357108-26/3-116, 357109-26/3-116, 357111-26/3-116, 357112-26/3-116, 357113-26/3-116 від 24.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАЛЬЦІЮ ФОЛІНАТ-ВІСТА, розчин для ін`єкцій, 10 мг/мл по 5 мл (50 мг) або 20 мл (200 мг), або 50 мл (500 мг), або 100 мл (1000 мг) у флаконі, по 1 флакону в пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356146-26/3-146 від 07.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАПСУЛИ З АНІСОВОЮ ОЛІЄЮ ДР. ТАЙСС, капсули по 100 мг по 10 капсул у блістері; по 2 або 3, або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**356146-26/3-146 від 07.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАПСУЛИ З АНІСОВОЮ ОЛІЄЮ ДР. ТАЙСС, капсули по 100 мг по 10 капсул у блістері; по 2 або 3, або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**356146-26/3-146 від 07.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАПСУЛИ З АНІСОВОЮ ОЛІЄЮ ДР. ТАЙСС, капсули по 100 мг по 10 капсул у блістері; по 2 або 3, або 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**352110-26/B-147 від 30.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІОВІОЛ® СЕРЦЕВІ КРАПЛІ, краплі оральні; по 25 мл або по 50 мл, або по 80 мл, або по 100 мл у флаконах з пробкою-крапельницею та кришкою; по 25 мл або по 50 мл, або по 80 мл, або по 100 мл у флаконі з пробкою-крапельницею та кришкою; по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352110-26/B-147 від 30.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІОВІОЛ® СЕРЦЕВІ КРАПЛІ, краплі оральні; по 25 мл або по 50 мл, або по 80 мл, або по 100 мл у флаконах з пробкою-крапельницею та кришкою; по 25 мл або по 50 мл, або по 80 мл, або по 100 мл у флаконі з пробкою-крапельницею та кришкою; по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**352110-26/B-147 від 30.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІОВІОЛ® СЕРЦЕВІ КРАПЛІ, краплі оральні; по 25 мл або по 50 мл, або по 80 мл, або по 100 мл у флаконах з пробкою-крапельницею та кришкою; по 25 мл або по 50 мл, або по 80 мл, або по 100 мл у флаконі з пробкою-крапельницею та кришкою; по 1 флакону у пачці**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**350236-25/3-28, 350237-25/3-28, 350238-25/3-28, 350239-25/3-28, 350240-25/3-28, 350241-25/3-28, 350242-25/3-28, 350243-25/3-28, 350244-25/3-28 від 15.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІОМАГНІЛ ФОРТЕ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**350236-25/3-28, 350237-25/3-28, 350238-25/3-28, 350239-25/3-28, 350240-25/3-28, 350241-25/3-28, 350242-25/3-28, 350243-25/3-28, 350244-25/3-28 від 15.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІОМАГНІЛ ФОРТЕ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**350236-25/3-28, 350237-25/3-28, 350238-25/3-28, 350239-25/3-28, 350240-25/3-28, 350241-25/3-28, 350242-25/3-28, 350243-25/3-28, 350244-25/3-28 від 15.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КАРДІОМАГНІЛ ФОРТЕ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**349736-25/B-137 від 10.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТАМІН, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з картону; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 10 мл у флаконі; по 5 флаконів у пачці з картону; по 10 мл у флаконі; по 5 флаконів у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**349736-25/B-137 від 10.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТАМІН, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл** **по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з картону; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 10 мл у флаконі; по 5 флаконів у пачці з картону; по 10 мл у флаконі; по 5 флаконів у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**349736-25/B-137 від 10.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЕТАМІН, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з картону; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці з картону; по 10 мл у флаконі; по 5 флаконів у пачці з картону; по 10 мл у флаконі; по 5 флаконів у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**342473-25/З-149, 342474-25/З-149 від 06.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАЙРА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 3 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 3 мг/2 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 2 мг/2 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою (плацебо); № 28: 2 темно-жовті таблетки + 5 червоних таблеток + 17 світло-жовтих таблеток + 2 темно-червоних таблеток + 2 білі таблетки плацебо у блістері; по 1 блістеру в картонному гаманці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**342473-25/З-149, 342474-25/З-149 від 06.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАЙРА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 3 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 3 мг/2 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 2 мг/2 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою (плацебо); № 28: 2 темно-жовті таблетки + 5 червоних таблеток + 17 світло-жовтих таблеток + 2 темно-червоних таблеток + 2 білі таблетки плацебо у блістері; по 1 блістеру в картонному гаманці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**342473-25/З-149, 342474-25/З-149 від 06.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛАЙРА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 3 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 3 мг/2 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 2 мг/2 мг + таблетки, вкриті плівковою оболонкою (плацебо); № 28: 2 темно-жовті таблетки + 5 червоних таблеток + 17 світло-жовтих таблеток + 2 темно-червоних таблеток + 2 білі таблетки плацебо у блістері; по 1 блістеру в картонному гаманці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354190-26/B-137 від 09.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІВАС® ДУО, капсули тверді по 5 мг/100 мг або по 10 мг/100 мг або по 20 мг/100 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354190-26/B-137 від 09.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІВАС® ДУО, капсули тверді по 5 мг/100 мг або по 10 мг/100 мг або по 20 мг/100 мг;** **по 7 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354190-26/B-137 від 09.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІВАС® ДУО, капсули тверді по 5 мг/100 мг або по 10 мг/100 мг або по 20 мг/100 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354190-26/B-137 від 09.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІВАС® ДУО, капсули тверді по 5 мг/100 мг або по 10 мг/100 мг або по 20 мг/100 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354190-26/B-137 від 09.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІВАС® ДУО, капсули тверді по 5 мг/100 мг або по 10 мг/100 мг або по 20 мг/100 мг;** **по 7 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354190-26/B-137 від 09.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІВАС® ДУО, капсули тверді по 5 мг/100 мг або по 10 мг/100 мг або по 20 мг/100 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354190-26/B-137 від 09.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІВАС® ДУО, капсули тверді по 5 мг/100 мг або по 10 мг/100 мг або по 20 мг/100 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354190-26/B-137 від 09.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІВАС® ДУО, капсули тверді по 5 мг/100 мг або по 10 мг/100 мг або по 20 мг/100 мг;** **по 7 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354190-26/B-137 від 09.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛІВАС® ДУО, капсули тверді по 5 мг/100 мг або по 10 мг/100 мг або по 20 мг/100 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**357180-26/B-60 від 24.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОТРИМАЗОЛ, Мазь 1 % по 25 г у тубі; по 1 тубі у пачці з картону**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**357180-26/B-60 від 24.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОТРИМАЗОЛ, Мазь 1 % по 25 г у тубі; по 1 тубі у пачці з картону**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**357180-26/B-60 від 24.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КЛОТРИМАЗОЛ, Мазь 1 % по 25 г у тубі; по 1 тубі у пачці з картону**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354835-26/B-123 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРВАЛКАПС, капсули м'які; по 9 капсул у блістерах; по 9 капсул у блістері; по 2 або 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354835-26/B-123 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРВАЛКАПС, капсули м'які; по 9 капсул у блістерах; по 9 капсул у блістері; по 2 або 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354835-26/B-123 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРВАЛКАПС, капсули м'які; по 9 капсул у блістерах; по 9 капсул у блістері; по 2 або 3 блістери у пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355764-26/B-100 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРВАЛКАПС ЕКСТРА, капсули тверді; по 10 капсул у блістерах; по 10 капсул у блістері; по 1 або 3 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355764-26/B-100 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРВАЛКАПС ЕКСТРА, капсули тверді; по 10 капсул у блістерах; по 10 капсул у блістері; по 1 або 3 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**355764-26/B-100 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КОРВАЛКАПС ЕКСТРА, капсули тверді; по 10 капсул у блістерах; по 10 капсул у блістері; по 1 або 3 блістери в пачці**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351303-26/З-117, 351304-26/З-117 від 07.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРАМПАЛІКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351303-26/З-117, 351304-26/З-117 від 07.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРАМПАЛІКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**351303-26/З-117, 351304-26/З-117 від 07.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРАМПАЛІКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351303-26/З-117, 351304-26/З-117 від 07.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРАМПАЛІКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351303-26/З-117, 351304-26/З-117 від 07.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРАМПАЛІКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**351303-26/З-117, 351304-26/З-117 від 07.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КРАМПАЛІКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**339767-25/3-130, 346733-25/3-130, 348326-25/3-130 від 23.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСАРЕЛТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; № 14 (14х1); № 42 (14х3): по 14 таблеток у блістері, по 1, або по 3 блістери в картонній пачці;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг** **№ 28 (14х2); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці;** **№ 100 (10х10): по 10 таблеток у блістері; 10 блістерів у картонній пачці;** **№ 98 (14х7): по 14 таблеток у блістері; по 7 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**339767-25/3-130, 346733-25/3-130, 348326-25/3-130 від 23.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСАРЕЛТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; № 14 (14х1); № 42 (14х3): по 14 таблеток у блістері, по 1, або по 3 блістери в картонній пачці;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг** **№ 28 (14х2); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці;** **№ 100 (10х10): по 10 таблеток у блістері; 10 блістерів у картонній пачці;** **№ 98 (14х7): по 14 таблеток у блістері; по 7 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**339767-25/3-130, 346733-25/3-130, 348326-25/3-130 від 23.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСАРЕЛТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; № 14 (14х1); № 42 (14х3): по 14 таблеток у блістері, по 1, або по 3 блістери в картонній пачці;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг** **№ 28 (14х2); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці;** **№ 100 (10х10): по 10 таблеток у блістері; 10 блістерів у картонній пачці;** **№ 98 (14х7): по 14 таблеток у блістері; по 7 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**339767-25/3-130, 346733-25/3-130, 348326-25/3-130 від 23.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСАРЕЛТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; № 14 (14х1); № 42 (14х3): по 14 таблеток у блістері, по 1, або по 3 блістери в картонній пачці;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг** **№ 28 (14х2); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці;** **№ 100 (10х10): по 10 таблеток у блістері; 10 блістерів у картонній пачці;** **№ 98 (14х7): по 14 таблеток у блістері; по 7 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**339767-25/3-130, 346733-25/3-130, 348326-25/3-130 від 23.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСАРЕЛТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; № 14 (14х1); № 42 (14х3): по 14 таблеток у блістері, по 1, або по 3 блістери в картонній пачці;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг** **№ 28 (14х2); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці;** **№ 100 (10х10): по 10 таблеток у блістері; 10 блістерів у картонній пачці;** **№ 98 (14х7): по 14 таблеток у блістері; по 7 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**339767-25/3-130, 346733-25/3-130, 348326-25/3-130 від 23.06.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСАРЕЛТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; № 14 (14х1); № 42 (14х3): по 14 таблеток у блістері, по 1, або по 3 блістери в картонній пачці;** **таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг** **№ 28 (14х2); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній пачці;** **№ 100 (10х10): по 10 таблеток у блістері; 10 блістерів у картонній пачці;** **№ 98 (14х7): по 14 таблеток у блістері; по 7 блістерів у картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354659-26/3-88 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСЕНІКАЛ®, капсули по 120 мг по 21 капсулі у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ЧЕПЛАФАРМ Арцнаймиттель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354659-26/3-88 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСЕНІКАЛ®, капсули по 120 мг по 21 капсулі у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ЧЕПЛАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354659-26/3-88 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**КСЕНІКАЛ®, капсули по 120 мг по 21 капсулі у блістері; по 1, 2 або 4 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ЧЕПЛАФАРМ Арцнаймиттель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352195-26/B-145 від 02.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАКОЗАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; для дозування 50 мг, 100 мг: по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній пачці; для дозування 200 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352195-26/B-145 від 02.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАКОЗАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; для дозування 50 мг, 100 мг: по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній пачці; для дозування 200 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**352195-26/B-145 від 02.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАКОЗАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; для дозування 50 мг, 100 мг: по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній пачці; для дозування 200 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352195-26/B-145 від 02.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАКОЗАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; для дозування 50 мг, 100 мг: по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній пачці; для дозування 200 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352195-26/B-145 від 02.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАКОЗАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; для дозування 50 мг, 100 мг: по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній пачці; для дозування 200 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**352195-26/B-145 від 02.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАКОЗАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; для дозування 50 мг, 100 мг: по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній пачці; для дозування 200 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352195-26/B-145 від 02.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАКОЗАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; для дозування 50 мг, 100 мг: по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній пачці; для дозування 200 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352195-26/B-145 від 02.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАКОЗАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; для дозування 50 мг, 100 мг: по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній пачці; для дозування 200 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**352195-26/B-145 від 02.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛАКОЗАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; для дозування 50 мг, 100 мг: по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній пачці; для дозування 200 мг: по 14 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній пачці**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351996-26/3-138 від 28.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОААР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг: по 6 або 10 таблеток в блістері, по 1 блістеру в картонній пачці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг: по 10 таблеток в блістері, по 1 блістеру в картонній пачці**
Заявник	**ААР Фарма ФЗ-ЛЛС, Об'єднані Арабські Емірати**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351996-26/3-138 від 28.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОААР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг: по 6 або 10 таблеток в блістері, по 1 блістеру в картонній пачці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг: по 10 таблеток в блістері, по 1 блістеру в картонній пачці**
Заявник	**ААР Фарма ФЗ-ЛЛС, Об'єднані Арабські Емірати**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**351996-26/3-138 від 28.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОААР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг: по 6 або 10 таблеток в блістері, по 1 блістеру в картонній пачці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг: по 10 таблеток в блістері, по 1 блістеру в картонній пачці**
Заявник	**ААР Фарма ФЗ-ЛЛС, Об'єднані Арабські Емірати**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351996-26/3-138 від 28.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОААР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг: по 6 або 10 таблеток в блістері, по 1 блістеру в картонній пачці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг: по 10 таблеток в блістері, по 1 блістеру в картонній пачці**
Заявник	**ААР Фарма ФЗ-ЛЛС, Об'єднані Арабські Емірати**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351996-26/3-138 від 28.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОААР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг: по 6 або 10 таблеток в блістері, по 1 блістеру в картонній пачці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг: по 10 таблеток в блістері, по 1 блістеру в картонній пачці**
Заявник	**ААР Фарма ФЗ-ЛЛС, Об'єднані Арабські Емірати**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**351996-26/3-138 від 28.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОААР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг: по 6 або 10 таблеток в блістері, по 1 блістеру в картонній пачці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг: по 10 таблеток в блістері, по 1 блістеру в картонній пачці**
Заявник	**ААР Фарма ФЗ-ЛЛС, Об'єднані Арабські Емірати**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353422-26/3-116 від 23.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОЛЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 10 таблеток в блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; або по 750 мг, по 5 або 10 таблеток в блістері; по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353422-26/3-116 від 23.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОЛЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 10 таблеток в блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; або по 750 мг, по 5 або 10 таблеток в блістері; по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**353422-26/3-116 від 23.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОЛЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 10 таблеток в блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; або по 750 мг, по 5 або 10 таблеток в блістері; по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353422-26/3-116 від 23.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОЛЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 10 таблеток в блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; або по 750 мг, по 5 або 10 таблеток в блістері; по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353422-26/3-116 від 23.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОЛЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 10 таблеток в блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; або по 750 мг, по 5 або 10 таблеток в блістері; по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**353422-26/3-116 від 23.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОЛЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 10 таблеток в блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; або по 750 мг, по 5 або 10 таблеток в блістері; по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353422-26/3-116 від 23.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОЛЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 10 таблеток в блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; або по 750 мг, по 5 або 10 таблеток в блістері; по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353422-26/3-116 від 23.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОЛЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 10 таблеток в блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; або по 750 мг, по 5 або 10 таблеток в блістері; по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**353422-26/3-116 від 23.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОЛЕТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг по 10 таблеток в блістері; по 1 блістеру у картонній коробці; або по 750 мг, по 5 або 10 таблеток в блістері; по 1 блістеру у картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**344045-25/3-132 від 03.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФТОР, розчин для інфузій, по 5 мг/мл по 100 мл у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**344045-25/3-132 від 03.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФТОР, розчин для інфузій, по 5 мг/мл по 100 мл у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**344045-25/3-132 від 03.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕВОФТОР, розчин для інфузій, по 5 мг/мл по 100 мл у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**354785-26/3-28 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕФЛЮТАБ, таблетки вкриті оболонкою, по 10 мг по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; таблетки вкриті оболонкою, по 20 мг по 15 або по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354785-26/3-28 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕФЛЮТАБ, таблетки вкриті оболонкою, по 10 мг по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; таблетки вкриті оболонкою, по 20 мг по 15 або по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354785-26/3-28 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕФЛЮТАБ, таблетки вкриті оболонкою, по 10 мг по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; таблетки вкриті оболонкою, по 20 мг по 15 або по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354785-26/3-28 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕФЛЮТАБ, таблетки вкриті оболонкою, по 10 мг по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; таблетки вкриті оболонкою, по 20 мг по 15 або по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354785-26/3-28 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕФЛЮТАБ, таблетки вкриті оболонкою, по 10 мг по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; таблетки вкриті оболонкою, по 20 мг по 15 або по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354785-26/3-28 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛЕФЛЮТАБ, таблетки вкриті оболонкою, по 10 мг по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; таблетки вкриті оболонкою, по 20 мг по 15 або по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці**
Заявник	**Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356872-26/B-100 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕЗОЛІД-НОВОФАРМ, розчин для інфузій, 2 мг/мл; по 300 мл у пакеті; по 1 пакету в пакеті з металізованим покриттям**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю фірма "Новофарм-Біосинтез", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356872-26/B-100 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕЗОЛІД-НОВОФАРМ, розчин для інфузій, 2 мг/мл; по 300 мл у пакеті; по 1 пакету в пакеті з металізованим покриттям**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю фірма "Новофарм-Біосинтез", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**356872-26/B-100 від 21.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕЗОЛІД-НОВОФАРМ, розчин для інфузій, 2 мг/мл; по 300 мл у пакеті; по 1 пакету в пакеті з металізованим покриттям**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю фірма "Новофарм-Біосинтез", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352466-26/З-117, 356887-26/З-117 від 09.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕССА, розчин для інфузій, 2 мг/мл по 300 мл у поліетиленовому або поліпропіленовому контейнері, по 1 контейнеру в сріблястому пакеті в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352466-26/З-117, 356887-26/З-117 від 09.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕССА, розчин для інфузій, 2 мг/мл по 300 мл у поліетиленовому або поліпропіленовому контейнері, по 1 контейнеру в сріблястому пакеті в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**352466-26/З-117, 356887-26/З-117 від 09.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІНЕССА, розчин для інфузій, 2 мг/мл по 300 мл у поліетиленовому або поліпропіленовому контейнері, по 1 контейнеру в сріблястому пакеті в картонній коробці**
Заявник	**Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354757-26/3-82 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІСОБАКТ®, льодяники пресовані; по 10 льодяників у блістері; по 1 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Босналек д.д., Боснія і Герцеговина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354757-26/3-82 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІСОБАКТ®, льодяники пресовані; по 10 льодяників у блістері; по 1 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Босналек д.д., Боснія і Герцеговина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354757-26/3-82 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛІСОБАКТ®, льодяники пресовані; по 10 льодяників у блістері; по 1 або 3 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Босналек д.д., Боснія і Герцеговина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354474-26/3-118, 354475-26/3-118 від 16.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН КРКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 50 мг або по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354474-26/3-118, 354475-26/3-118 від 16.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН КРКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 50 мг або по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354474-26/3-118, 354475-26/3-118 від 16.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН КРКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 50 мг або по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354474-26/3-118, 354475-26/3-118 від 16.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН КРКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 50 мг або по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354474-26/3-118, 354475-26/3-118 від 16.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН КРКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 50 мг або по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354474-26/3-118, 354475-26/3-118 від 16.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОЗАРТАН КРКА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 50 мг або по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 9 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**КРКА, д.д., Ново место, Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354692-26/3-128 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОКОЇД КРЕЛО, емульсія нашкірна, 1 мг/г; по 30 г у флаконі; по 1 флакону в картонній пачці**
Заявник	**ЧЕПЛАФАРМ Арцнаймиттель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354692-26/3-128 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОКОЇД КРЕЛО, емульсія нашкірна, 1 мг/г; по 30 г у флаконі; по 1 флакону в картонній пачці**
Заявник	**ЧЕПЛАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354692-26/3-128 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОКОЇД КРЕЛО, емульсія нашкірна, 1 мг/г; по 30 г у флаконі; по 1 флакону в картонній пачці**
Заявник	**ЧЕПЛАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354830-26/3-126 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОКОЇД®, крем, 1 мг/г; по 30 г в тубі; по 1 тубі в картонній пачці**
Заявник	**ЧЕПЛАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354830-26/3-126 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОКОЇД®, крем, 1 мг/г; по 30 г в тубі; по 1 тубі в картонній пачці**
Заявник	**ЧЕПЛАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354830-26/3-126 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОКОЇД®, крем, 1 мг/г; по 30 г в тубі; по 1 тубі в картонній пачці**
Заявник	**ЧЕПЛАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354831-26/3-126 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОКОЇД®, мазь, 1 мг/г; по 30 г мазі у тубі; по 1 тубі у картонній коробці**
Заявник	**ЧЕПЛАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354831-26/3-126 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОКОЇД®, мазь, 1 мг/г; по 30 г мазі у тубі; по 1 тубі у картонній коробці**
Заявник	**ЧЕПЛАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354831-26/3-126 від 19.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОКОЇД®, мазь, 1 мг/г; по 30 г мазі у тубі; по 1 тубі у картонній коробці**
Заявник	**ЧЕПЛАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354658-26/3-88 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОКРЕН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 20 мг № 28 (14х2): по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЧЕПЛАФАРМ Арцнаймміттель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354658-26/3-88 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОКРЕН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 20 мг № 28 (14х2): по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЧЕПЛАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354658-26/3-88 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОКРЕН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 20 мг № 28 (14х2): по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ЧЕПЛАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354971-26/B-120 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАНГІН, спрей для ротової порожнини; по 50 мл у флаконі та розпилювачем; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Мікрофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354971-26/B-120 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАНГІН, спрей для ротової порожнини; по 50 мл у флаконі та розпилювачем; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Мікрофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354971-26/B-120 від 23.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЛОРАНГІН, спрей для ротової порожнини; по 50 мл у флаконі та розпилювачем; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Мікрофарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354619-26/3-60 від 17.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАЖЕЗИК-САНОВЕЛЬ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг, по 5 таблеток у блістері; по 1 або 2, або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354619-26/3-60 від 17.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАЖЕЗИК-САНОВЕЛЬ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг, по 5 таблеток у блістері; по 1 або 2, або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354619-26/3-60 від 17.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МАЖЕЗИК-САНОВЕЛЬ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг, по 5 таблеток у блістері; по 1 або 2, або 6 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354677-26/B-116 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛСІ, таблетки по 7,5 мг або 15 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354677-26/B-116 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛСІ, таблетки по 7,5 мг або 15 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354677-26/B-116 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛСІ, таблетки по 7,5 мг або 15 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354677-26/B-116 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛСІ, таблетки по 7,5 мг або 15 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354677-26/B-116 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛСІ, таблетки по 7,5 мг або 15 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354677-26/B-116 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛСІ, таблетки по 7,5 мг або 15 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**349617-25/B-117, 349618-25/B-117, 349620-25/B-117, 356745-26/B-117 від 08.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛЬДОНІЙ, розчин для ін`єкцій, 100 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**349617-25/B-117, 349618-25/B-117, 349620-25/B-117, 356745-26/B-117 від 08.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛЬДОНІЙ, розчин для ін`єкцій, 100 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**349617-25/B-117, 349618-25/B-117, 349620-25/B-117, 356745-26/B-117 від 08.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕЛЬДОНІЙ, розчин для ін`єкцій, 100 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ТОВ "Юрія-Фарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**348175-25/З-117, 348177-25/З-117 від 17.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОПЕНЕМ-МБ, порошок для розчину для ін'єкцій та інфузій по 1000 мг, по 1 флакону або по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**348175-25/З-117, 348177-25/З-117 від 17.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОПЕНЕМ-МБ, порошок для розчину для ін'єкцій та інфузій по 1000 мг, по 1 флакону або по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**348175-25/З-117, 348177-25/З-117 від 17.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МЕРОПЕНЕМ-МБ, порошок для розчину для ін'єкцій та інфузій по 1000 мг, по 1 флакону або по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**М.Біотек Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354891-26/3-144 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІКАРДИС®, таблетки по 80 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354891-26/3-144 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІКАРДИС®, таблетки по 80 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354891-26/3-144 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІКАРДИС®, таблетки по 80 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354574-26/3-147 від 17.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІКАРДИС®, таблетки по 80 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354574-26/3-147 від 17.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІКАРДИС®, таблетки по 80 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354574-26/3-147 від 17.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІКАРДИС®, таблетки по 80 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354651-26/3-100 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІКАРДИСПЛЮС®, таблетки, 80 мг/12,5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354651-26/3-100 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІКАРДИСПЛЮС®, таблетки, 80 мг/12,5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354651-26/3-100 від 18.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІКАРДИСПЛЮС®, таблетки, 80 мг/12,5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**332908-25/3-82, 333182-25/3-150, 333183-25/3-150, 333184-25/3-150, 333185-25/3-150, 336332-25/3-140, 336334-25/3-140, 336337-25/3-140, 336338-25/3-140, 336339-25/3-140, 336340-25/3-140, 336341-25/3-140, 336343-25/3-140, 336344-25/3-140, 336347-25/3-140, 336348-25/3-140, 336352-25/3-140, 336353-25/3-140 від 28.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАПЕКС®, таблетки по 0,25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці;** **таблетки по 1 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**332908-25/3-82, 333182-25/3-150, 333183-25/3-150, 333184-25/3-150, 333185-25/3-150, 336332-25/3-140, 336334-25/3-140, 336337-25/3-140, 336338-25/3-140, 336339-25/3-140, 336340-25/3-140, 336341-25/3-140, 336343-25/3-140, 336344-25/3-140, 336347-25/3-140, 336348-25/3-140, 336352-25/3-140, 336353-25/3-140 від 28.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАПЕКС®, таблетки по 0,25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці;** **таблетки по 1 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**332908-25/3-82, 333182-25/3-150, 333183-25/3-150, 333184-25/3-150, 333185-25/3-150, 336332-25/3-140, 336334-25/3-140, 336337-25/3-140, 336338-25/3-140, 336339-25/3-140, 336340-25/3-140, 336341-25/3-140, 336343-25/3-140, 336344-25/3-140, 336347-25/3-140, 336348-25/3-140, 336352-25/3-140, 336353-25/3-140 від 28.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАПЕКС®, таблетки по 0,25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці;** **таблетки по 1 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**332908-25/3-82, 333182-25/3-150, 333183-25/3-150, 333184-25/3-150, 333185-25/3-150, 336332-25/3-140, 336334-25/3-140, 336337-25/3-140, 336338-25/3-140, 336339-25/3-140, 336340-25/3-140, 336341-25/3-140, 336343-25/3-140, 336344-25/3-140, 336347-25/3-140, 336348-25/3-140, 336352-25/3-140, 336353-25/3-140 від 28.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАПЕКС®, таблетки по 0,25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці;** **таблетки по 1 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**332908-25/3-82, 333182-25/3-150, 333183-25/3-150, 333184-25/3-150, 333185-25/3-150, 336332-25/3-140, 336334-25/3-140, 336337-25/3-140, 336338-25/3-140, 336339-25/3-140, 336340-25/3-140, 336341-25/3-140, 336343-25/3-140, 336344-25/3-140, 336347-25/3-140, 336348-25/3-140, 336352-25/3-140, 336353-25/3-140 від 28.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАПЕКС®, таблетки по 0,25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці;** **таблетки по 1 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**332908-25/3-82, 333182-25/3-150, 333183-25/3-150, 333184-25/3-150, 333185-25/3-150, 336332-25/3-140, 336334-25/3-140, 336337-25/3-140, 336338-25/3-140, 336339-25/3-140, 336340-25/3-140, 336341-25/3-140, 336343-25/3-140, 336344-25/3-140, 336347-25/3-140, 336348-25/3-140, 336352-25/3-140, 336353-25/3-140 від 28.02.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МІРАПЕКС®, таблетки по 0,25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці;** **таблетки по 1 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**357158-26/3-139 від 24.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВІКСИКАМ®, розчин для ін'єкцій, 15 мг/1,5 мл, по 1,5 мл в ампулі; по 5 ампул у пластиковому контейнері в картонній коробці**
Заявник	**Мові Хелс ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**357158-26/3-139 від 24.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВІКСИКАМ®, розчин для ін'єкцій, 15 мг/1,5 мл, по 1,5 мл в ампулі; по 5 ампул у пластиковому контейнері в картонній коробці**
Заявник	**Мові Хелс ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**357158-26/3-139 від 24.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОВІКСИКАМ®, розчин для ін'єкцій, 15 мг/1,5 мл, по 1,5 мл в ампулі; по 5 ампул у пластиковому контейнері в картонній коробці**
Заявник	**Мові Хелс ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353938-26/3-60 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОМЕТАЗОНУ ФУРОАТ, порошок (субстанція) в мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Ауріско Фармас'ютікел Ко., Лтд., Китай**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353938-26/3-60 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОМЕТАЗОНУ ФУРОАТ, порошок (субстанція) в мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Ауріско Фармас'ютікел Ко., Лтд., Китай**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**353938-26/3-60 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОМЕТАЗОНУ ФУРОАТ, порошок (субстанція) в мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Ауріско Фармас'ютікел Ко., Лтд., Китай**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**357503-26/3-61 від 04.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОМЕТАЗОНУ ФУРОАТ, порошок (субстанція) в мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Ауріско Фармас'ютікел Ко., Лтд., Китай**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**357503-26/3-61 від 04.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОМЕТАЗОНУ ФУРОАТ, порошок (субстанція) в мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Ауріско Фармас'ютікел Ко., Лтд., Китай**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**357503-26/3-61 від 04.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОМЕТАЗОНУ ФУРОАТ, порошок (субстанція) в мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Ауріско Фармас'ютікел Ко., Лтд., Китай**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**319511-24/3-132 від 24.07.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕГЕН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**319511-24/3-132 від 24.07.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕГЕН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**319511-24/3-132 від 24.07.2024**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТЕГЕН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці**
Заявник	**ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353873-26/3-146 від 03.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТУЛАР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній упаковці; in bulk № 4900 (10х490): по 10 таблеток у блістері, по 490 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353873-26/З-146 від 03.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТУЛАР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній упаковці; in bulk № 4900 (10х490): по 10 таблеток у блістері, по 490 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**353873-26/З-146 від 03.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТУЛАР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній упаковці; in bulk № 4900 (10х490): по 10 таблеток у блістері, по 490 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353873-26/3-146 від 03.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТУЛАР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній упаковці; in bulk № 4900 (10х490): по 10 таблеток у блістері, по 490 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353873-26/З-146 від 03.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТУЛАР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній упаковці; in bulk № 4900 (10х490): по 10 таблеток у блістері, по 490 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**353873-26/З-146 від 03.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТУЛАР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній упаковці; in bulk № 4900 (10х490): по 10 таблеток у блістері, по 490 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356000-26/3-144 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТУЛАР® КІДС, таблетки жувальні по 4 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 12000 (10х1200) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1200 блістерів у картонній коробці;** **таблетки жувальні по 5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 10000 (10х1000) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1000 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356000-26/3-144 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТУЛАР® КІДС, таблетки жувальні по 4 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 12000 (10х1200) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1200 блістерів у картонній коробці;** **таблетки жувальні по 5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 10000 (10х1000) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1000 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**356000-26/3-144 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТУЛАР® КІДС, таблетки жувальні по 4 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 12000 (10х1200) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1200 блістерів у картонній коробці;** **таблетки жувальні по 5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 10000 (10х1000) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1000 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356000-26/3-144 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТУЛАР® КІДС, таблетки жувальні по 4 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 12000 (10х1200) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1200 блістерів у картонній коробці;** **таблетки жувальні по 5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 10000 (10х1000) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1000 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356000-26/3-144 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТУЛАР® КІДС, таблетки жувальні по 4 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 12000 (10х1200) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1200 блістерів у картонній коробці;** **таблетки жувальні по 5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 10000 (10х1000) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1000 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**356000-26/3-144 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТУЛАР® КІДС, таблетки жувальні по 4 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 12000 (10х1200) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1200 блістерів у картонній коробці;** **таблетки жувальні по 5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 10000 (10х1000) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1000 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356000-26/3-144 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТУЛАР® КІДС, таблетки жувальні по 4 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 12000 (10х1200) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1200 блістерів у картонній коробці;** **таблетки жувальні по 5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 10000 (10х1000) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1000 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356000-26/3-144 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТУЛАР® КІДС, таблетки жувальні по 4 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 12000 (10х1200) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1200 блістерів у картонній коробці;** **таблетки жувальні по 5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 10000 (10х1000) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1000 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**356000-26/3-144 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТУЛАР® КІДС, таблетки жувальні по 4 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 12000 (10х1200) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1200 блістерів у картонній коробці;** **таблетки жувальні по 5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 10000 (10х1000) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1000 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356000-26/3-144 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТУЛАР® КІДС, таблетки жувальні по 4 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 12000 (10х1200) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1200 блістерів у картонній коробці;** **таблетки жувальні по 5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 10000 (10х1000) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1000 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356000-26/3-144 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТУЛАР® КІДС, таблетки жувальні по 4 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 12000 (10х1200) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1200 блістерів у картонній коробці;** **таблетки жувальні по 5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 10000 (10х1000) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1000 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**356000-26/3-144 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МОНТУЛАР® КІДС, таблетки жувальні по 4 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 12000 (10х1200) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1200 блістерів у картонній коробці;** **таблетки жувальні по 5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці; in bulk: № 10000 (10х1000) таблеток: по 10 таблеток у блістері; по 1000 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356249-26/B-96, 356250-26/B-96, 356251-26/B-96, 356252-26/B-96, 356253-26/B-96 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МУКАЛТИН, порошок (субстанція) у подвійних пакетах із плівки поліетиленової для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Дослідний завод "ГНЦЛС", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356249-26/B-96, 356250-26/B-96, 356251-26/B-96, 356252-26/B-96, 356253-26/B-96 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МУКАЛТИН, порошок (субстанція) у подвійних пакетах із плівки поліетиленової для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Дослідний завод "ГНЦЛС", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**356249-26/B-96, 356250-26/B-96, 356251-26/B-96, 356252-26/B-96, 356253-26/B-96 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МУКАЛТИН, порошок (субстанція) у подвійних пакетах із плівки поліетиленової для фармацевтичного застосування**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "Дослідний завод "ГНЦЛС", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356291-26/B-145, 356294-26/B-145, 356296-26/B-145, 356299-26/B-145, 356300-26/B-145, 356301-26/B-145 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МУКАЛТИН, таблетки по 50 мг;** **по 30 таблеток у банці або контейнері; по 1 банці або контейнеру у пачці з картону;** **по 10 таблеток у контурних безчарункових упаковках;** **по 30 таблеток у банках або контейнерах;** **по 10 таблеток у блістерах;** **по 10 таблеток у блістері; по 1, або по 3, або по 10 блістерів в пачці з картону** **(для виробників ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я" та Товариство з обмеженою відповідальністю «Дослідний завод «ГНЦЛС»)** **по 30 таблеток у контейнерах** **(для виробника Товариство з обмеженою відповідальністю «ФАРМЕКС ГРУП»)** **in bulk: по 1000 таблеток у пакетах поліетиленових;** **in bulk: по 9000 або по 15000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	

Прийнято оператором ВСО	(дата) **__.__.2026**	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	(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	**356291-26/B-145, 356294-26/B-145, 356296-26/B-145, 356299-26/B-145, 356300-26/B-145, 356301-26/B-145 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МУКАЛТИН, таблетки по 50 мг;** **по 30 таблеток у банці або контейнері; по 1 банці або контейнеру у пачці з картону;** **по 10 таблеток у контурних безчарункових упаковках;** **по 30 таблеток у банках або контейнерах;** **по 10 таблеток у блістерах;** **по 10 таблеток у блістері; по 1, або по 3, або по 10 блістерів в пачці з картону** **(для виробників ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я" та Товариство з обмеженою відповідальністю «Дослідний завод «ГНЦЛС»)** **по 30 таблеток у контейнерах** **(для виробника Товариство з обмеженою відповідальністю «ФАРМЕКС ГРУП»)** **in bulk: по 1000 таблеток у пакетах поліетиленових;** **in bulk: по 9000 або по 15000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано	**__.__.2026**	

оператором ВСО 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	**356291-26/B-145, 356294-26/B-145, 356296-26/B-145, 356299-26/B-145, 356300-26/B-145, 356301-26/B-145 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МУКАЛТИН, таблетки по 50 мг;** **по 30 таблеток у банці або контейнері; по 1 банці або контейнеру у пачці з картону;** **по 10 таблеток у контурних безчарункових упаковках;** **по 30 таблеток у банках або контейнерах;** **по 10 таблеток у блістерах;** **по 10 таблеток у блістері; по 1, або по 3, або по 10 блістерів в пачці з картону** **(для виробників ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я" та Товариство з обмеженою відповідальністю «Дослідний завод «ГНЦЛС»)** **по 30 таблеток у контейнерах** **(для виробника Товариство з обмеженою відповідальністю «ФАРМЕКС ГРУП»)** **in bulk: по 1000 таблеток у пакетах поліетиленових;** **in bulk: по 9000 або по 15000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано	**__.__.2026**	

співробітником ВЛ 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	**356291-26/B-145, 356294-26/B-145, 356296-26/B-145, 356299-26/B-145, 356300-26/B-145, 356301-26/B-145 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МУКАЛТИН, таблетки по 50 мг;** **по 30 таблеток у банці або контейнері; по 1 банці або контейнеру у пачці з картону;** **по 10 таблеток у контурних безчарункових упаковках;** **по 30 таблеток у банках або контейнерах;** **по 10 таблеток у блістерах;** **по 10 таблеток у блістері; по 1, або по 3, або по 10 блістерів в пачці з картону** **(для виробників ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я" та Товариство з обмеженою відповідальністю «Дослідний завод «ГНЦЛС»)** **по 30 таблеток у контейнерах** **(для виробника Товариство з обмеженою відповідальністю «ФАРМЕКС ГРУП»)** **in bulk: по 1000 таблеток у пакетах поліетиленових;** **in bulk: по 9000 або по 15000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	

Прийнято оператором ВСО	(дата) **__.__.2026**	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	(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	**356291-26/B-145, 356294-26/B-145, 356296-26/B-145, 356299-26/B-145, 356300-26/B-145, 356301-26/B-145 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МУКАЛТИН, таблетки по 50 мг;** **по 30 таблеток у банці або контейнері; по 1 банці або контейнеру у пачці з картону;** **по 10 таблеток у контурних безчарункових упаковках;** **по 30 таблеток у банках або контейнерах;** **по 10 таблеток у блістерах;** **по 10 таблеток у блістері; по 1, або по 3, або по 10 блістерів в пачці з картону** **(для виробників ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я" та Товариство з обмеженою відповідальністю «Дослідний завод «ГНЦЛС»)** **по 30 таблеток у контейнерах** **(для виробника Товариство з обмеженою відповідальністю «ФАРМЕКС ГРУП»)** **in bulk: по 1000 таблеток у пакетах поліетиленових;** **in bulk: по 9000 або по 15000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано	**__.__.2026**	

оператором ВСО 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	**356291-26/B-145, 356294-26/B-145, 356296-26/B-145, 356299-26/B-145, 356300-26/B-145, 356301-26/B-145 від 09.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МУКАЛТИН, таблетки по 50 мг;** **по 30 таблеток у банці або контейнері; по 1 банці або контейнеру у пачці з картону;** **по 10 таблеток у контурних безчарункових упаковках;** **по 30 таблеток у банках або контейнерах;** **по 10 таблеток у блістерах;** **по 10 таблеток у блістері; по 1, або по 3, або по 10 блістерів в пачці з картону** **(для виробників ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я" та Товариство з обмеженою відповідальністю «Дослідний завод «ГНЦЛС»)** **по 30 таблеток у контейнерах** **(для виробника Товариство з обмеженою відповідальністю «ФАРМЕКС ГРУП»)** **in bulk: по 1000 таблеток у пакетах поліетиленових;** **in bulk: по 9000 або по 15000 таблеток у контейнерах**
Заявник	**ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

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

Відмовлено, причина		
Передано	**__.__.2026**	

співробітником ВЛ 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	**352374-26/3-61 від 06.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МУКОТЕК®, сироп по 100 мл або по 200 мл у флаконі; по 1 флакону разом з мірним стаканчиком у коробці з картону**
Заявник	**"Юнік Фармасьютикал Лабораторіз" (відділення фірми "Дж. Б. Кемікалз енд Фармасьютикалз Лтд."), Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352374-26/3-61 від 06.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МУКОТЕК®, сироп по 100 мл або по 200 мл у флаконі; по 1 флакону разом з мірним стаканчиком у коробці з картону**
Заявник	**"Юнік Фармасьютикал Лабораторіз" (відділення фірми "Дж. Б. Кемікалз енд Фармасьютикалз Лтд."), Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**352374-26/3-61 від 06.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**МУКОТЕК®, сироп по 100 мл або по 200 мл у флаконі; по 1 флакону разом з мірним стаканчиком у коробці з картону**
Заявник	**"Юнік Фармасьютикал Лабораторіз" (відділення фірми "Дж. Б. Кемікалз енд Фармасьютикалз Лтд."), Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353043-26/3-128, 353044-26/3-128 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІЗОРАЛ®, шампунь, 20 мг/г; по 25 мл або по 60 мл, або по 100 мл, або по 200 мл у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці; по 7,5 мл у саше; по 8 саше в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353043-26/З-128, 353044-26/З-128 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІЗОРАЛ®, шампунь, 20 мг/г; по 25 мл або по 60 мл, або по 100 мл, або по 200 мл у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці; по 7,5 мл у саше; по 8 саше в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймітель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**353043-26/З-128, 353044-26/З-128 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІЗОРАЛ®, шампунь, 20 мг/г; по 25 мл або по 60 мл, або по 100 мл, або по 200 мл у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці; по 7,5 мл у саше; по 8 саше в картонній коробці**
Заявник	**СТАДА Арцнаймittель АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352122-26/3-130 від 30.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІКОРЕТТЕ® КРИЖАНА М'ЯТА, льодяники пресовані по 2 мг або по 4 мг; по 20 льодяників у фліп-упаковці; по 40 льодяників у багатодозовій картонній коробці, по 1 багатодозовій картонній коробці у картонній коробці**
Заявник	**МакНіл АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352122-26/3-130 від 30.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІКОРЕТТЕ® КРИЖАНА М'ЯТА, льодяники пресовані по 2 мг або по 4 мг; по 20 льодяників у фліп-упаковці; по 40 льодяників у багатодозовій картонній коробці, по 1 багатодозовій картонній коробці у картонній коробці**
Заявник	**МакНіл АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**352122-26/3-130 від 30.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІКОРЕТТЕ® КРИЖАНА М'ЯТА, льодяники пресовані по 2 мг або по 4 мг; по 20 льодяників у фліп-упаковці; по 40 льодяників у багатодозовій картонній коробці, по 1 багатодозовій картонній коробці у картонній коробці**
Заявник	**МакНіл АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352122-26/3-130 від 30.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІКОРЕТТЕ® КРИЖАНА М'ЯТА, льодяники пресовані по 2 мг або по 4 мг; по 20 льодяників у фліп-упаковці; по 40 льодяників у багатодозовій картонній коробці, по 1 багатодозовій картонній коробці у картонній коробці**
Заявник	**МакНіл АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352122-26/3-130 від 30.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІКОРЕТТЕ® КРИЖАНА М'ЯТА, льодяники пресовані по 2 мг або по 4 мг; по 20 льодяників у фліп-упаковці; по 40 льодяників у багатодозовій картонній коробці, по 1 багатодозовій картонній коробці у картонній коробці**
Заявник	**МакНіл АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**352122-26/3-130 від 30.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІКОРЕТТЕ® КРИЖАНА М'ЯТА, льодяники пресовані по 2 мг або по 4 мг; по 20 льодяників у фліп-упаковці; по 40 льодяників у багатодозовій картонній коробці, по 1 багатодозовій картонній коробці у картонній коробці**
Заявник	**МакНіл АБ, Швеція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351557-26/3-28 від 16.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІСПАЗМ ФОРТЕ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351557-26/3-28 від 16.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІСПАЗМ ФОРТЕ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**351557-26/3-28 від 16.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІСПАЗМ ФОРТЕ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**346433-25/3-130 від 16.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІФЕКАЇН, крем ректальний, по 30 г крему у тубі з ковпачком; по 1 тубі у комплекті з канюлею у картонній коробці**
Заявник	**Неофармед Джентілі С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**346433-25/3-130 від 16.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІФЕКАЇН, крем ректальний, по 30 г крему у тубі з ковпачком; по 1 тубі у комплекті з канюлею у картонній коробці**
Заявник	**Неофармед Джентілі С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**346433-25/3-130 від 16.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НІФЕКАЇН, крем ректальний, по 30 г крему у тубі з ковпачком; по 1 тубі у комплекті з канюлею у картонній коробці**
Заявник	**Неофармед Джентілі С.п.А., Італія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**356191-26/3-152 від 08.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НУТРИНІЛ ПД4 З 1,1% ВМІСТОМ АМІНОКИСЛОТ, розчин для перитонеального діалізу; по 2 л у пластиковому мішку, обладнаному ін'єкційним портом і з'єднувачем, вкладеному в індивідуальний пакет; по 5 комплектів у картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 2 л у пластиковому мішку, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей і Y-з'єднувача порожнім мішком для дренажу, вкладених в індивідуальний пакет; по 5 комплектів у картонній коробці з маркуванням українською та іноземними мовами**
Заявник	**Вентів Менуфекчуринг Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356191-26/3-152 від 08.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НУТРИНІЛ ПД4 З 1,1% ВМІСТОМ АМІНОКИСЛОТ, розчин для перитонеального діалізу;** **по 2 л у пластиковому мішку, обладнаному ін'єкційним портом і з'єднувачем, вкладеному в індивідуальний пакет; по 5 комплектів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;** **по 2 л у пластиковому мішку, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей і Y-з'єднувача порожнім мішком для дренажу, вкладених в індивідуальний пакет; по 5 комплектів у картонній коробці з маркуванням українською та іноземними мовами**
Заявник	**Вентів Менуфекчуринг Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**356191-26/3-152 від 08.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**НУТРИНІЛ ПД4 З 1,1% ВМІСТОМ АМІНОКИСЛОТ, розчин для перитонеального діалізу;** **по 2 л у пластиковому мішку, обладнаному ін'єкційним портом і з'єднувачем, вкладеному в індивідуальний пакет; по 5 комплектів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;** **по 2 л у пластиковому мішку, обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей і Y-з'єднувача порожнім мішком для дренажу, вкладених в індивідуальний пакет; по 5 комплектів у картонній коробці з маркуванням українською та іноземними мовами**
Заявник	**Вентів Менуфекчуринг Лімітед, Ірландія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353691-26/3-128 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЗЕМПІК®, розчин для ін'єкцій, 1,34 мг/мл; 0,25 мг/0,5 мг: по 1,5 мл у картриджах, вкладених у попередньо заповнену багатодозову одноразову шприц-ручку; 1 попередньо заповнена шприц-ручка та 6 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці; 1 мг: по 3 мл у картриджах, вкладених у попередньо заповнену багатодозову одноразову шприц-ручку; 1 попередньо заповнена шприц-ручка та 4 одноразових голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353691-26/3-128 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЗЕМПІК®, розчин для ін'єкцій, 1,34 мг/мл; 0,25 мг/0,5 мг: по 1,5 мл у картриджах, вкладених у попередньо заповнену багатодозову одноразову шприц-ручку; 1 попередньо заповнена шприц-ручка та 6 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці; 1 мг: по 3 мл у картриджах, вкладених у попередньо заповнену багатодозову одноразову шприц-ручку; 1 попередньо заповнена шприц-ручка та 4 одноразових голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**353691-26/3-128 від 27.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЗЕМПІК®, розчин для ін'єкцій, 1,34 мг/мл; 0,25 мг/0,5 мг: по 1,5 мл у картриджах, вкладених у попередньо заповнену багатодозову одноразову шприц-ручку; 1 попередньо заповнена шприц-ручка та 6 одноразових голок НовоФайн® Плюс в картонній коробці; 1 мг: по 3 мл у картриджах, вкладених у попередньо заповнену багатодозову одноразову шприц-ручку; 1 попередньо заповнена шприц-ручка та 4 одноразових голки НовоФайн® Плюс в картонній коробці**
Заявник	**А/Т Ново Нордіск, Данія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355477-26/3-123 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИКОДОН КАЛЦЕКС, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл; по 1 мл або 2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурних чарункових упаковок в пачці з картону; розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурних чарункових упаковок в пачці із картону**
Заявник	**АТ "Калцекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355477-26/3-123 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИКОДОН КАЛЦЕКС, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл; по 1 мл або 2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурних чарункових упаковок в пачці з картону; розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурних чарункових упаковок в пачці із картону**
Заявник	**АТ "Калцекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**355477-26/3-123 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИКОДОН КАЛЦЕКС, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл; по 1 мл або 2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурних чарункових упаковок в пачці з картону; розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурних чарункових упаковок в пачці із картону**
Заявник	**АТ "Калцекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355477-26/3-123 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИКОДОН КАЛЦЕКС, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл; по 1 мл або 2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурних чарункових упаковок в пачці з картону; розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурних чарункових упаковок в пачці із картону**
Заявник	**АТ "Калцекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355477-26/3-123 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИКОДОН КАЛЦЕКС, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл; по 1 мл або 2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурних чарункових упаковок в пачці з картону; розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурних чарункових упаковок в пачці із картону**
Заявник	**АТ "Калцекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**355477-26/3-123 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОКСИКОДОН КАЛЦЕКС, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл; по 1 мл або 2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурних чарункових упаковок в пачці з картону; розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурних чарункових упаковок в пачці із картону**
Заявник	**АТ "Калцекс", Латвія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**347414-25/B-96, 347415-25/B-96, 347416-25/B-96, 347417-25/B-96, 347418-25/B-96 від 31.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЛФЕН® ФОРТЕ ГІДРОГЕЛЬ, гель, 2 %; по 30 г, або 50 г, або 100 г гелю у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**347414-25/B-96, 347415-25/B-96, 347416-25/B-96, 347417-25/B-96, 347418-25/B-96 від 31.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЛФЕН® ФОРТЕ ГІДРОГЕЛЬ, гель, 2 %; по 30 г, або 50 г, або 100 г гелю у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**347414-25/B-96, 347415-25/B-96, 347416-25/B-96, 347417-25/B-96, 347418-25/B-96 від 31.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОЛФЕН® ФОРТЕ ГІДРОГЕЛЬ, гель, 2 %; по 30 г, або 50 г, або 100 г гелю у тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**350961-25/З-140, 350962-25/З-140, 350964-25/З-140, 350965-25/З-140 від 29.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНІТРОП®, розчин для ін'єкцій, 5 мг/1,5 мл, по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій, 10 мг/1,5 мл, по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**350961-25/З-140, 350962-25/З-140, 350964-25/З-140, 350965-25/З-140 від 29.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНІТРОП®, розчин для ін'єкцій, 5 мг/1,5 мл, по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій, 10 мг/1,5 мл, по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**350961-25/З-140, 350962-25/З-140, 350964-25/З-140, 350965-25/З-140 від 29.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНІТРОП®, розчин для ін'єкцій, 5 мг/1,5 мл, по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій, 10 мг/1,5 мл, по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**350961-25/З-140, 350962-25/З-140, 350964-25/З-140, 350965-25/З-140 від 29.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНІТРОП®, розчин для ін'єкцій, 5 мг/1,5 мл, по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій, 10 мг/1,5 мл, по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**350961-25/З-140, 350962-25/З-140, 350964-25/З-140, 350965-25/З-140 від 29.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНІТРОП®, розчин для ін'єкцій, 5 мг/1,5 мл, по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій, 10 мг/1,5 мл, по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**350961-25/З-140, 350962-25/З-140, 350964-25/З-140, 350965-25/З-140 від 29.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОМНІТРОП®, розчин для ін'єкцій, 5 мг/1,5 мл, по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці;** **розчин для ін'єкцій, 10 мг/1,5 мл, по 1, 5 або 10 картриджів у картонній коробці**
Заявник	**Сандоз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**349165-25/B-97, 349166-25/B-97, 349167-25/B-97, 349168-25/B-97, 349169-25/B-97, 349170-25/B-97 від 01.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОРВІЛОР, спрей для ротової порожнини, по 50 мл у флаконі скляному, укупореному пульверизатором, по 1 флакону в пачці; по 50 мл у флаконі полімерному, укупореному пульверизатором, по 1 флакону в пачці; по 50 мл у флаконі скляному, укупореному кришкою, по 1 флакону разом із пульверизатором у пачці; по 50 мл у флаконі полімерному, укупореному кришкою, по 1 флакону разом із пульверизатором у пачці**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**349165-25/B-97, 349166-25/B-97, 349167-25/B-97, 349168-25/B-97, 349169-25/B-97, 349170-25/B-97 від 01.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОРВІЛОР, спрей для ротової порожнини, по 50 мл у флаконі скляному, укупореному пульверизатором, по 1 флакону в пачці; по 50 мл у флаконі полімерному, укупореному пульверизатором, по 1 флакону в пачці; по 50 мл у флаконі скляному, укупореному кришкою, по 1 флакону разом із пульверизатором у пачці; по 50 мл у флаконі полімерному, укупореному кришкою, по 1 флакону разом із пульверизатором у пачці**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**349165-25/B-97, 349166-25/B-97, 349167-25/B-97, 349168-25/B-97, 349169-25/B-97, 349170-25/B-97 від 01.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ОРВІЛОР, спрей для ротової порожнини, по 50 мл у флаконі скляному, укупореному пульверизатором, по 1 флакону в пачці; по 50 мл у флаконі полімерному, укупореному пульверизатором, по 1 флакону в пачці; по 50 мл у флаконі скляному, укупореному кришкою, по 1 флакону разом із пульверизатором у пачці; по 50 мл у флаконі полімерному, укупореному кришкою, по 1 флакону разом із пульверизатором у пачці**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354433-26/3-88 від 12.03.2026**
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	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354433-26/3-88 від 12.03.2026**
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	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354433-26/3-88 від 12.03.2026**
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	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354433-26/3-88 від 12.03.2026**
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	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354433-26/3-88 від 12.03.2026**
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	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354433-26/3-88 від 12.03.2026**
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	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351352-26/3-145, 351353-26/3-145 від 08.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНГАСТРО®, таблетки гастрорезистентні по 20 мг; таблетки гастрорезистентні по 40 мг по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351352-26/3-145, 351353-26/3-145 від 08.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНГАСТРО®, таблетки гастрорезистентні по 20 мг; таблетки гастрорезистентні по 40 мг по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**351352-26/3-145, 351353-26/3-145 від 08.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНГАСТРО®, таблетки гастрорезистентні по 20 мг; таблетки гастрорезистентні по 40 мг по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351352-26/3-145, 351353-26/3-145 від 08.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНГАСТРО®, таблетки гастрорезистентні по 20 мг; таблетки гастрорезистентні по 40 мг по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351352-26/3-145, 351353-26/3-145 від 08.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНГАСТРО®, таблетки гастрорезистентні по 20 мг; таблетки гастрорезистентні по 40 мг по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**351352-26/3-145, 351353-26/3-145 від 08.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАНГАСТРО®, таблетки гастрорезистентні по 20 мг; таблетки гастрорезистентні по 40 мг по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**344354-25/B-60 від 08.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАРАЦЕТАМОЛ, таблетки по 200 мг по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці.**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**344354-25/B-60 від 08.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАРАЦЕТАМОЛ, таблетки по 200 мг по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці.**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**344354-25/B-60 від 08.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПАРАЦЕТАМОЛ, таблетки по 200 мг по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці.**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353006-26/3-100 від 17.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕЙОНА, розчин для інфузій та орального застосування, 20 мг/мл; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 2 контурні чарункові упаковки в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 2 контурні чарункові упаковки в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**К'єзі Фармас'ютікелз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353006-26/3-100 від 17.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕЙОНА, розчин для інфузій та орального застосування, 20 мг/мл; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 2 контурні чарункові упаковки в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 2 контурні чарункові упаковки в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**К'єзі Фармас'ютікелз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**353006-26/3-100 від 17.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПЕЙОНА, розчин для інфузій та орального застосування, 20 мг/мл; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 2 контурні чарункові упаковки в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 2 контурні чарункові упаковки в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**К'єзі Фармас'ютікелз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**358259-26/B-152 від 15.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІКОСЕН®, краплі оральні; по 15 або по 25 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**358259-26/B-152 від 15.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІКОСЕН®, краплі оральні; по 15 або по 25 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**358259-26/B-152 від 15.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПІКОСЕН®, краплі оральні; по 15 або по 25 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з маркуванням українською мовою**
Заявник	**ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**350354-25/3-145 від 17.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПК-МЕРЦ, розчин для інфузій, 0,4 мг/мл; по 500 мл у флаконі; по 2 флакони у картонній коробці**
Заявник	**Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**350354-25/3-145 від 17.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПК-МЕРЦ, розчин для інфузій, 0,4 мг/мл; по 500 мл у флаконі; по 2 флакони у картонній коробці**
Заявник	**Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**350354-25/3-145 від 17.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПК-МЕРЦ, розчин для інфузій, 0,4 мг/мл; по 500 мл у флаконі; по 2 флакони у картонній коробці**
Заявник	**Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**342703-25/3-126 від 11.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОЛІ-МІКС Б, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 500 000 МО; 1 флакон у картонній коробці**
Заявник	**Бхарат Сірамс енд Вакцинс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**342703-25/3-126 від 11.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОЛІ-МІКС Б, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 500 000 МО; 1 флакон у картонній коробці**
Заявник	**Бхарат Сірамс енд Вакцинс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**342703-25/3-126 від 11.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПОЛІ-МІКС Б, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 500 000 МО; 1 флакон у картонній коробці**
Заявник	**Бхарат Сірамс енд Вакцинс Лімітед, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**356372-26/3-97 від 10.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОПАНОРМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг або по 300 мг, по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356372-26/3-97 від 10.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОПАНОРМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг або по 300 мг, по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**356372-26/3-97 від 10.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОПАНОРМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг або по 300 мг, по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356372-26/3-97 від 10.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОПАНОРМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг або по 300 мг, по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356372-26/3-97 від 10.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОПАНОРМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг або по 300 мг, по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**356372-26/3-97 від 10.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ПРОПАНОРМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг або по 300 мг, по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352729-26/3-144 від 12.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІ САНДОЗ®, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг та по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352729-26/3-144 від 12.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІ САНДОЗ®, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг та по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**352729-26/3-144 від 12.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІ САНДОЗ®, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг та по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352729-26/3-144 від 12.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІ САНДОЗ®, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг та по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352729-26/3-144 від 12.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІ САНДОЗ®, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг та по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**352729-26/3-144 від 12.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІ САНДОЗ®, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг та по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352729-26/3-144 від 12.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІ САНДОЗ®, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг та по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352729-26/3-144 від 12.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІ САНДОЗ®, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг та по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**352729-26/3-144 від 12.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РАМІ САНДОЗ®, таблетки по 2,5 мг, по 5 мг та по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356008-26/3-144 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕМАВІР, таблетки по 50 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній пачці**
Заявник	**АТ "Олфа", Латвія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356008-26/3-144 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕМАВІР, таблетки по 50 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній пачці**
Заявник	**АТ "Олфа", Латвія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**356008-26/3-144 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РЕМАВІР, таблетки по 50 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній пачці**
Заявник	**АТ "Олфа", Латвія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355462-26/B-96 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИБАВІРИН-АСТРАФАРМ, капсули по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 або 6 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355462-26/B-96 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИБАВІРИН-АСТРАФАРМ, капсули по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 або 6 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**355462-26/B-96 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РИБАВІРИН-АСТРАФАРМ, капсули по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 або 6 блістерів у коробці з картону**
Заявник	**ТОВ "АСТРАФАРМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352921-26/З-148, 352922-26/З-148, 352923-26/З-148, 352924-26/З-148 від 16.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІНОСАН, спрей назальний, розчин, 1 мг/мл; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352921-26/З-148, 352922-26/З-148, 352923-26/З-148, 352924-26/З-148 від 16.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІНОСАН, спрей назальний, розчин, 1 мг/мл; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**352921-26/З-148, 352922-26/З-148, 352923-26/З-148, 352924-26/З-148 від 16.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІНОСАН, спрей назальний, розчин, 1 мг/мл; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**343411-25/3-117 від 22.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІНОСАН КІДС, спрей назальний, розчин, 0,5 мг/мл по 10 мл у флаконі з пластиковою помпою-розпилювачем із захисним ковпачком та картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**343411-25/3-117 від 22.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІНОСАН КІДС, спрей назальний, розчин, 0,5 мг/мл по 10 мл у флаконі з пластиковою помпою-розпилювачем із захисним ковпачком та картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**343411-25/З-117 від 22.08.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РІНОСАН КІДС, спрей назальний, розчин, 0,5 мг/мл по 10 мл у флаконі з пластиковою помпою-розпилювачем із захисним ковпачком та картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «ІНФАРМА Трейдінг», Латвійська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**354188-26/З-123, 357103-26/З-123 від 09.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗАЛІН , краплі очні, розчин, 20 мг/мл; по 5 мл у флаконі з крапельницею та білою кришечкою; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Фармаселект Інтернешнл Бетелігангз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354188-26/З-123, 357103-26/З-123 від 09.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗАЛІН , краплі очні, розчин, 20 мг/мл; по 5 мл у флаконі з крапельницею та білою кришечкою; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Фармаселект Інтернешнл Бетелігангз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354188-26/З-123, 357103-26/З-123 від 09.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОЗАЛІН , краплі очні, розчин, 20 мг/мл; по 5 мл у флаконі з крапельницею та білою кришечкою; по 1 флакону у картонній коробці**
Заявник	**Фармаселект Інтернешнл Бетелігангз ГмбХ, Австрія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**350569-25/B-124 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОМАШКИ КВІТКИ, квітки; по 40 г або по 50 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 10 або 20 фільтр-пакетів у пачці. Маркування українською мовою.**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**350569-25/B-124 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОМАШКИ КВІТКИ, квітки; по 40 г або по 50 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 10 або 20 фільтр-пакетів у пачці. Маркування українською мовою.**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**350569-25/B-124 від 22.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОМАШКИ КВІТКИ, квітки; по 40 г або по 50 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті; по 10 або 20 фільтр-пакетів у пачці. Маркування українською мовою.**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**345912-25/B-61 від 08.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОМАШКИ КВІТКИ, квітки по 40 г або по 50 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті, по 20 фільтр-пакетів у пачці з картону, по 1,5 г у фільтр-пакеті, по 25 фільтр-пакетів у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**345912-25/B-61 від 08.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОМАШКИ КВІТКИ, квітки по 40 г або по 50 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті, по 20 фільтр-пакетів у пачці з картону, по 1,5 г у фільтр-пакеті, по 25 фільтр-пакетів у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**345912-25/B-61 від 08.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**РОМАШКИ КВІТКИ, квітки по 40 г або по 50 г у пачках з внутрішнім пакетом; по 1,5 г у фільтр-пакеті, по 20 фільтр-пакетів у пачці з картону, по 1,5 г у фільтр-пакеті, по 25 фільтр-пакетів у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Лубнифарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**348810-25/B-60 від 27.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САРГІН, розчин для інфузій, 42 мг/мл; по 100 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону;**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**348810-25/B-60 від 27.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САРГІН, розчин для інфузій, 42 мг/мл; по 100 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону;**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**348810-25/B-60 від 27.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**САРГІН, розчин для інфузій, 42 мг/мл; по 100 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону;**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356742-26/3-120 від 17.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕЛЕНАЗА®, розчин оральний, 50 мкг/мл; по 2 мл в ампулі; по 20 ампул у картонній коробці по 10 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**біосин Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356742-26/3-120 від 17.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕЛЕНАЗА®, розчин оральний, 50 мкг/мл; по 2 мл в ампулі; по 20 ампул у картонній коробці по 10 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**біосин Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**356742-26/3-120 від 17.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕЛЕНАЗА®, розчин оральний, 50 мкг/мл; по 2 мл в ампулі; по 20 ампул у картонній коробці по 10 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**біосин Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356728-26/3-145 від 17.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕЛЕНАЗА®, розчин для ін'єкцій, 50 мкг/мл; по 10 мл або по 20 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**біосин Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356728-26/3-145 від 17.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕЛЕНАЗА®, розчин для ін'єкцій, 50 мкг/мл; по 10 мл або по 20 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**біосин Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**356728-26/3-145 від 17.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕЛЕНАЗА®, розчин для ін'єкцій, 50 мкг/мл; по 10 мл або по 20 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці**
Заявник	**біосин Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352242-26/B-145 від 02.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕПТАВІОЛ ПЛЮС 96%, розчин для зовнішнього застосування 96 %;** **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 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	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352242-26/B-145 від 02.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕПТАВІОЛ ПЛЮС 96%, розчин для зовнішнього застосування 96 %;** **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 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	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**352242-26/B-145 від 02.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕПТАВІОЛ ПЛЮС 96%, розчин для зовнішнього застосування 96 %;** **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 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	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351913-26/3-149, 351914-26/3-149, 353890-26/3-149 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351913-26/З-149, 351914-26/З-149, 353890-26/З-149 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**351913-26/З-149, 351914-26/З-149, 353890-26/З-149 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351913-26/3-149, 351914-26/3-149, 353890-26/3-149 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351913-26/З-149, 351914-26/З-149, 353890-26/З-149 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**351913-26/З-149, 351914-26/З-149, 353890-26/З-149 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**349906-25/3-88 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**349906-25/3-88 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**349906-25/3-88 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**349906-25/3-88 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**349906-25/3-88 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**349906-25/3-88 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351913-26/3-149, 351914-26/3-149, 353890-26/3-149 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351913-26/З-149, 351914-26/З-149, 353890-26/З-149 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**351913-26/З-149, 351914-26/З-149, 353890-26/З-149 від 26.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**349906-25/3-88 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**349906-25/3-88 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**349906-25/3-88 від 11.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРЕТИД ДИСКУС, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353925-26/3-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРРАТА®, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 10 мг** **по 10 таблеток у стрипі; по 1 стрипу в картонній упаковці;** **по 10 таблеток у стрипі; по 1 стрипу в картонній упаковці, по 10 упаковок у коробці;** **по 10 таблеток у стрипі; по 3 стрипи у картонній упаковці;** **по 30 таблеток у блістері або стрипі; по 1 блістеру або стрипу у картонній упаковці;** **по 30 таблеток у стрипі; по 5 стрипів у картонній упаковці.** **in bulk: № 8000 (10x800) таблеток: по 10 таблеток у стрипі; по 800 стрипів у картонній коробці;** **in bulk: № 7200 (30x240) таблеток: по 30 таблеток у стрипі; по 240 стрипів у картонній коробці;** **in bulk: № 2520 (30x84) таблеток: по 30 таблеток у стрипі; по 84 стрипи у картонній коробці.**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**353925-26/3-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРРАТА®, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 10 мг по 10 таблеток у стрипі; по 1 стрипу в картонній упаковці; по 10 таблеток у стрипі; по 1 стрипу в картонній упаковці, по 10 упаковок у коробці; по 10 таблеток у стрипі; по 3 стрипи у картонній упаковці; по 30 таблеток у блістері або стрипі; по 1 блістеру або стрипу у картонній упаковці; по 30 таблеток у стрипі; по 5 стрипів у картонній упаковці. in bulk: № 8000 (10x800) таблеток: по 10 таблеток у стрипі; по 800 стрипів у картонній коробці; in bulk: № 7200 (30x240) таблеток: по 30 таблеток у стрипі; по 240 стрипів у картонній коробці; in bulk: № 2520 (30x84) таблеток: по 30 таблеток у стрипі; по 84 стрипи у картонній коробці.**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**353925-26/3-132 від 04.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СЕРРАТА®, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 10 мг** **по 10 таблеток у стрипі; по 1 стрипу в картонній упаковці;** **по 10 таблеток у стрипі; по 1 стрипу в картонній упаковці, по 10 упаковок у коробці;** **по 10 таблеток у стрипі; по 3 стрипи у картонній упаковці;** **по 30 таблеток у блістері або стрипі; по 1 блістеру або стрипу у картонній упаковці;** **по 30 таблеток у стрипі; по 5 стрипів у картонній упаковці.** **in bulk: № 8000 (10x800) таблеток: по 10 таблеток у стрипі; по 800 стрипів у картонній коробці;** **in bulk: № 7200 (30x240) таблеток: по 30 таблеток у стрипі; по 240 стрипів у картонній коробці;** **in bulk: № 2520 (30x84) таблеток: по 30 таблеток у стрипі; по 84 стрипи у картонній коробці.**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**__.__.2026**	

УКЕМ		
	(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	**353776-26/3-97, 353777-26/3-97 від 02.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИНУПРЕТ®ФОРТЕ, таблетки, вкриті оболонкою, по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 25 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353776-26/3-97, 353777-26/3-97 від 02.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИНУПРЕТ®ФОРТЕ, таблетки, вкриті оболонкою, по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 25 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**353776-26/3-97, 353777-26/3-97 від 02.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИНУПРЕТ®ФОРТЕ, таблетки, вкриті оболонкою, по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 25 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Біонорика СЕ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356094-26/3-96, 356095-26/3-96, 356096-26/3-96, 356097-26/3-96, 356098-26/3-96, 356099-26/3-96, 356100-26/3-96, 356101-26/3-96 від 07.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИРОП ВІД КАШЛЮ ДР. ТАЙССА, сироп по 50 мл, або по 100 мл, або по 250 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканчиком з поліпропілену в картонній коробці**
Заявник	**Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356094-26/3-96, 356095-26/3-96, 356096-26/3-96, 356097-26/3-96, 356098-26/3-96, 356099-26/3-96, 356100-26/3-96, 356101-26/3-96 від 07.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИРОП ВІД КАШЛЮ ДР. ТАЙССА, сироп по 50 мл, або по 100 мл, або по 250 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканчиком з поліпропілену в картонній коробці**
Заявник	**Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**356094-26/3-96, 356095-26/3-96, 356096-26/3-96, 356097-26/3-96, 356098-26/3-96, 356099-26/3-96, 356100-26/3-96, 356101-26/3-96 від 07.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СИРОП ВІД КАШЛЮ ДР. ТАЙССА, сироп по 50 мл, або по 100 мл, або по 250 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканчиком з поліпропілену в картонній коробці**
Заявник	**Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353134-26/3-149, 353135-26/3-149, 353136-26/3-149, 353137-26/3-149, 353138-26/3-149, 353139-26/3-149 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СМЕКТА® АПЕЛЬСИН-ВАНІЛЬ, порошок для оральної суспензії по 3 г; по 3,76 г порошку у пакетику; по 10, 12 або 30 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**ІПСЕН КОНСЬЮМЕР ХЕЛСКЕА, акціонерне товариство спрощеного типу, Франція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353134-26/3-149, 353135-26/3-149, 353136-26/3-149, 353137-26/3-149, 353138-26/3-149, 353139-26/3-149 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СМЕКТА® АПЕЛЬСИН-ВАНІЛЬ, порошок для оральної суспензії по 3 г; по 3,76 г порошку у пакетику; по 10, 12 або 30 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**ІПСЕН КОНСЬЮМЕР ХЕЛСКЕА, акціонерне товариство спрощеного типу, Франція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**353134-26/3-149, 353135-26/3-149, 353136-26/3-149, 353137-26/3-149, 353138-26/3-149, 353139-26/3-149 від 18.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СМЕКТА® АПЕЛЬСИН-ВАНІЛЬ, порошок для оральної суспензії по 3 г; по 3,76 г порошку у пакетику; по 10, 12 або 30 пакетиків у картонній коробці**
Заявник	**ІПСЕН КОНСЬЮМЕР ХЕЛСКЕА, акціонерне товариство спрощеного типу, Франція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**345911-25/3-61 від 08.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛЬВЕНЦІЙ, розчин оральний по 25 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Українська фармацевтична компанія", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**345911-25/3-61 від 08.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛЬВЕНЦІЙ, розчин оральний по 25 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Українська фармацевтична компанія", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**345911-25/3-61 від 08.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОЛЬВЕНЦІЙ, розчин оральний по 25 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ТОВ "Українська фармацевтична компанія", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**350088-25/B-28, 350089-25/B-28 від 12.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОФОРИ ЯПОНСЬКОЇ НАСТОЙКА, настойка по 20 мл або 25 мл, або по 40 мл у флаконах скляних, укупорених пробкою та кришкою; по 20 мл або 25 мл, або 40 мл у флаконах скляних, укупорених пробкою-крапельницею та кришкою; по 40 мл у флаконах полімерних, укупорених кришкою; по 20 мл або 25 мл, або 40 мл у флаконах скляних, укупорених пробкою-крапельницею та кришкою, по 1 флакону в пачці з картону; по 40 мл у флаконах полімерних, укупорених кришкою, по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**350088-25/B-28, 350089-25/B-28 від 12.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОФОРИ ЯПОНСЬКОЇ НАСТОЙКА, настойка по 20 мл або 25 мл, або по 40 мл у флаконах скляних, укупорених пробкою та кришкою; по 20 мл або 25 мл, або 40 мл у флаконах скляних, укупорених пробкою-крапельницею та кришкою; по 40 мл у флаконах полімерних, укупорених кришкою; по 20 мл або 25 мл, або 40 мл у флаконах скляних, укупорених пробкою-крапельницею та кришкою, по 1 флакону в пачці з картону; по 40 мл у флаконах полімерних, укупорених кришкою, по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**350088-25/B-28, 350089-25/B-28 від 12.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СОФОРИ ЯПОНСЬКОЇ НАСТОЙКА, настойка по 20 мл або 25 мл, або по 40 мл у флаконах скляних, укупорених пробкою та кришкою; по 20 мл або 25 мл, або 40 мл у флаконах скляних, укупорених пробкою-крапельницею та кришкою; по 40 мл у флаконах полімерних, укупорених кришкою; по 20 мл або 25 мл, або 40 мл у флаконах скляних, укупорених пробкою-крапельницею та кришкою, по 1 флакону в пачці з картону; по 40 мл у флаконах полімерних, укупорених кришкою, по 1 флакону в пачці з картону**
Заявник	**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО ФАРМАЦЕВТИЧНА ФАБРИКА "ВІОЛА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**337956-25/B-97, 337957-25/B-97, 337958-25/B-97, 337960-25/B-97, 356752-26/B-97, 356753-26/B-97, 356754-26/B-97 від 19.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПАЗМОЛІКС, таблетки, по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в пачці з картону; in bulk: № 4000 (по 10 таблеток у блістері; по 400 блістерів у коробці з картону)**
Заявник	**ПРАТ "ХІМФАРМЗАВОД "ЧЕРВОНА ЗІРКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**337956-25/B-97, 337957-25/B-97, 337958-25/B-97, 337960-25/B-97, 356752-26/B-97, 356753-26/B-97, 356754-26/B-97 від 19.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПАЗМОЛІКС, таблетки, по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в пачці з картону; in bulk: № 4000 (по 10 таблеток у блістері; по 400 блістерів у коробці з картону)**
Заявник	**ПРАТ "ХІМФАРМЗАВОД "ЧЕРВОНА ЗІРКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**337956-25/B-97, 337957-25/B-97, 337958-25/B-97, 337960-25/B-97, 356752-26/B-97, 356753-26/B-97, 356754-26/B-97 від 19.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПАЗМОЛІКС, таблетки, по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в пачці з картону; in bulk: № 4000 (по 10 таблеток у блістері; по 400 блістерів у коробці з картону)**
Заявник	**ПРАТ "ХІМФАРМЗАВОД "ЧЕРВОНА ЗІРКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**337956-25/B-97, 337957-25/B-97, 337958-25/B-97, 337960-25/B-97, 356752-26/B-97, 356753-26/B-97, 356754-26/B-97 від 19.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПАЗМОЛІКС, таблетки, по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в пачці з картону; in bulk: № 4000 (по 10 таблеток у блістері; по 400 блістерів у коробці з картону)**
Заявник	**ПРАТ "ХІМФАРМЗАВОД "ЧЕРВОНА ЗІРКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**337956-25/B-97, 337957-25/B-97, 337958-25/B-97, 337960-25/B-97, 356752-26/B-97, 356753-26/B-97, 356754-26/B-97 від 19.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПАЗМОЛІКС, таблетки, по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в пачці з картону; in bulk: № 4000 (по 10 таблеток у блістері; по 400 блістерів у коробці з картону)**
Заявник	**ПРАТ "ХІМФАРМЗАВОД "ЧЕРВОНА ЗІРКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**337956-25/B-97, 337957-25/B-97, 337958-25/B-97, 337960-25/B-97, 356752-26/B-97, 356753-26/B-97, 356754-26/B-97 від 19.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СПАЗМОЛІКС, таблетки, по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в пачці з картону; in bulk: № 4000 (по 10 таблеток у блістері; по 400 блістерів у коробці з картону)**
Заявник	**ПРАТ "ХІМФАРМЗАВОД "ЧЕРВОНА ЗІРКА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**337969-25/3-96, 352320-26/3-96 від 19.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТРУКТУМ®, капсули тверді по 500 мг, по 12 капсул у блістері; по 5 блістерів у картонній упаковці; по 20 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній упаковці**
Заявник	**П'єр Фабр Медикамент, Франція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**337969-25/3-96, 352320-26/3-96 від 19.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТРУКТУМ®, капсули тверді по 500 мг, по 12 капсул у блістері; по 5 блістерів у картонній упаковці; по 20 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній упаковці**
Заявник	**П'єр Фабр Медикамент, Франція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**337969-25/3-96, 352320-26/3-96 від 19.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СТРУКТУМ®, капсули тверді по 500 мг, по 12 капсул у блістері; по 5 блістерів у картонній упаковці; по 20 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній упаковці**
Заявник	**П'єр Фабр Медикамент, Франція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354960-26/B-137 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПІРИД, капсули тверді по 50 мг або по 100 мг; по 12 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354960-26/B-137 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПІРИД, капсули тверді по 50 мг або по 100 мг; по 12 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354960-26/B-137 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПІРИД, капсули тверді по 50 мг або по 100 мг; по 12 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354961-26/З-137 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПІРИД, таблетки по 200 мг; по 12 таблеток у блістері, по 1 блістеру в коробці; по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354961-26/3-137 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПІРИД, таблетки по 200 мг; по 12 таблеток у блістері, по 1 блістеру в коробці; по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354961-26/З-137 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПІРИД, таблетки по 200 мг; по 12 таблеток у блістері, по 1 блістеру в коробці; по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери в коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354960-26/B-137 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПІРИД, капсули тверді по 50 мг або по 100 мг; по 12 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354960-26/B-137 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПІРИД, капсули тверді по 50 мг або по 100 мг; по 12 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354960-26/B-137 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУЛЬПІРИД, капсули тверді по 50 мг або по 100 мг; по 12 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353916-26/3-146 від 03.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУПРІЛЕКС®, таблетки по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 12600 (10х1260): по 10 таблеток у блістері, по 1260 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353916-26/3-146 від 03.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУПРІЛЕКС®, таблетки по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 12600 (10х1260): по 10 таблеток у блістері, по 1260 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**353916-26/3-146 від 03.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУПРІЛЕКС®, таблетки по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 12600 (10х1260): по 10 таблеток у блістері, по 1260 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353916-26/3-146 від 03.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУПРІЛЕКС®, таблетки по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 12600 (10х1260): по 10 таблеток у блістері, по 1260 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353916-26/3-146 від 03.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУПРІЛЕКС®, таблетки по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 12600 (10х1260): по 10 таблеток у блістері, по 1260 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**353916-26/3-146 від 03.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУПРІЛЕКС®, таблетки по 10 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 12600 (10х1260): по 10 таблеток у блістері, по 1260 блістерів в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356355-26/B-146, 356356-26/B-146 від 10.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУСПРІН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг або по 8 мг, №10 (10х1): по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; №30 (10х3): по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356355-26/B-146, 356356-26/B-146 від 10.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУСПРІН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг або по 8 мг, №10 (10х1): по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; №30 (10х3): по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**356355-26/B-146, 356356-26/B-146 від 10.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУСПРІН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг або по 8 мг, №10 (10х1): по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; №30 (10х3): по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356355-26/B-146, 356356-26/B-146 від 10.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУСПРІН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг або по 8 мг, №10 (10х1): по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; №30 (10х3): по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356355-26/B-146, 356356-26/B-146 від 10.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУСПРІН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг або по 8 мг, №10 (10х1): по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; №30 (10х3): по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**356355-26/B-146, 356356-26/B-146 від 10.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУСПРІН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг або по 8 мг, №10 (10х1): по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; №30 (10х3): по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "КУСУМ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**349494-25/3-60, 349495-25/3-60, 349496-25/3-60 від 05.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУСТАМАР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 480 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 5 або по 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**349494-25/3-60, 349495-25/3-60, 349496-25/3-60 від 05.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУСТАМАР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 480 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 5 або по 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**349494-25/3-60, 349495-25/3-60, 349496-25/3-60 від 05.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**СУСТАМАР®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 480 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 5 або по 10 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**еспарма ГмбХ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351978-26/3-06 від 27.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАЙГЕЦИКЛІН-ВІСТА, ліофілізат для розчину для інфузій, по 50 мг; по 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351978-26/3-06 від 27.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАЙГЕЦИКЛІН-ВІСТА, ліофілізат для розчину для інфузій, по 50 мг; по 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**351978-26/3-06 від 27.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАЙГЕЦИКЛІН-ВІСТА, ліофілізат для розчину для інфузій, по 50 мг; по 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352334-26/3-88, 357816-26/3-88 від 04.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАФІНЛАР®, капсули тверді по 50 мг; по 75 мг по 120 капсул у флаконах**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352334-26/3-88, 357816-26/3-88 від 04.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАФІНЛАР®, капсули тверді по 50 мг; по 75 мг по 120 капсул у флаконах**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**352334-26/3-88, 357816-26/3-88 від 04.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАФІНЛАР®, капсули тверді по 50 мг; по 75 мг по 120 капсул у флаконах**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352334-26/3-88, 357816-26/3-88 від 04.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАФІНЛАР®, капсули тверді по 50 мг; по 75 мг по 120 капсул у флаконах**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352334-26/3-88, 357816-26/3-88 від 04.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАФІНЛАР®, капсули тверді по 50 мг; по 75 мг по 120 капсул у флаконах**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**352334-26/3-88, 357816-26/3-88 від 04.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТАФІНЛАР®, капсули тверді по 50 мг; по 75 мг по 120 капсул у флаконах**
Заявник	**Новартіс Фарма АГ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356595-26/B-132 від 15.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕВАЛОР-ТЕВА, таблетки для смоктання по 20 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356595-26/B-132 від 15.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕВАЛОР-ТЕВА, таблетки для смоктання по 20 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**356595-26/B-132 від 15.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕВАЛОР-ТЕВА, таблетки для смоктання по 20 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній пачці**
Заявник	**ТОВ «Тева Україна», Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**342000-25/З-138, 342001-25/З-138, 357710-26/З-138 від 29.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛСАРТАН, таблетки по 40 мг або по 80 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**342000-25/З-138, 342001-25/З-138, 357710-26/З-138 від 29.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛСАРТАН, таблетки по 40 мг або по 80 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**342000-25/З-138, 342001-25/З-138, 357710-26/З-138 від 29.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛСАРТАН, таблетки по 40 мг або по 80 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**342000-25/З-138, 342001-25/З-138, 357710-26/З-138 від 29.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛСАРТАН, таблетки по 40 мг або по 80 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**342000-25/З-138, 342001-25/З-138, 357710-26/З-138 від 29.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛСАРТАН, таблетки по 40 мг або по 80 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни І та ІІ типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**342000-25/З-138, 342001-25/З-138, 357710-26/З-138 від 29.07.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕЛСАРТАН, таблетки по 40 мг або по 80 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**350918-25/З-149, 350919-25/З-149 від 29.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОДАЛ®, порошок для розчину для інфузій по 100 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**350918-25/З-149, 350919-25/З-149 від 29.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОДАЛ®, порошок для розчину для інфузій по 100 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**350918-25/З-149, 350919-25/З-149 від 29.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕМОДАЛ®, порошок для розчину для інфузій по 100 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**346334-25/З-152, 357698-26/З-152, 357699-26/З-152 від 07.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕРАФЛЮ ЕКСТРА ЗІ СМАКОМ ЛИМОНА , порошок для орального розчину; 1 пакет з порошком; 10 пакетів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Халеон КХ САРЛ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**346334-25/З-152, 357698-26/З-152, 357699-26/З-152 від 07.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕРАФЛЮ ЕКСТРА ЗІ СМАКОМ ЛИМОНА , порошок для орального розчину; 1 пакет з порошком; 10 пакетів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Халеон КХ САРЛ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**346334-25/З-152, 357698-26/З-152, 357699-26/З-152 від 07.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТЕРАФЛЮ ЕКСТРА ЗІ СМАКОМ ЛИМОНА , порошок для орального розчину; 1 пакет з порошком; 10 пакетів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**Халеон КХ САРЛ, Швейцарія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354419-26/B-60 від 12.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІОКОЛХІКОЗИД, КРИСТАЛІЗОВАНИЙ З ЕТАНОЛУ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354419-26/B-60 від 12.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІОКОЛХІКОЗИД, КРИСТАЛІЗОВАНИЙ З ЕТАНОЛУ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354419-26/B-60 від 12.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТІОКОЛХІКОЗИД, КРИСТАЛІЗОВАНИЙ З ЕТАНОЛУ, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352564-26/B-116, 352565-26/B-116, 352566-26/B-116 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАМІКС®, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл; по 5 мл в ампулі, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352564-26/B-116, 352565-26/B-116, 352566-26/B-116 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАМІКС®, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл; по 5 мл в ампулі, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**352564-26/B-116, 352565-26/B-116, 352566-26/B-116 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРАМІКС®, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл; по 5 мл в ампулі, по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356662-26/3-152 від 16.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРЕЛЕДЖИ ЕЛЛІПТА, порошок для інгаляцій, дозований, по 92 мкг/55 мкг/22 мкг/дозу; по 14 або 30 доз в порошковому інгаляторі; по 1 інгалятору в лотку з фольги; по 1 лотку в картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356662-26/3-152 від 16.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРЕЛЕДЖИ ЕЛЛІПТА, порошок для інгаляцій, дозований, по 92 мкг/55 мкг/22 мкг/дозу; по 14 або 30 доз в порошковому інгаляторі; по 1 інгалятору в лотку з фольги; по 1 лотку в картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**356662-26/3-152 від 16.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ТРЕЛЕДЖИ ЕЛЛІПТА, порошок для інгаляцій, дозований, по 92 мкг/55 мкг/22 мкг/дозу; по 14 або 30 доз в порошковому інгаляторі; по 1 інгалятору в лотку з фольги; по 1 лотку в картонній коробці**
Заявник	**ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354472-26/3-132 від 16.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**Т-СЕПТ®, спрей для ротової порожнини, розчин, 1,5 мг/мл, по 30 мл у флаконі з пристроєм для розпилювання; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354472-26/3-132 від 16.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**Т-СЕПТ®, спрей для ротової порожнини, розчин, 1,5 мг/мл, по 30 мл у флаконі з пристроєм для розпилювання; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354472-26/3-132 від 16.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**Т-СЕПТ®, спрей для ротової порожнини, розчин, 1,5 мг/мл, по 30 мл у флаконі з пристроєм для розпилювання; по 1 флакону в картонній коробці**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354473-26/3-132 від 16.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**Т-СЕПТ®, таблетки для розсмоктування по 3 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354473-26/3-132 від 16.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**Т-СЕПТ®, таблетки для розсмоктування по 3 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354473-26/3-132 від 16.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**Т-СЕПТ®, таблетки для розсмоктування по 3 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**350898-25/З-148, 350900-25/З-148, 350901-25/З-148, 352206-26/З-120 від 26.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**Т-СЕПТ®, таблетки для розсмоктування по 3 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**350898-25/З-148, 350900-25/З-148, 350901-25/З-148, 352206-26/З-120 від 26.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**Т-СЕПТ®, таблетки для розсмоктування по 3 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**350898-25/З-148, 350900-25/З-148, 350901-25/З-148, 352206-26/З-120 від 26.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**Т-СЕПТ®, таблетки для розсмоктування по 3 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці**
Заявник	**Амакса Лтд, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**347286-25/B-152 від 30.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УЛСЕПАН, таблетки кишковорозчинні, по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній упаковці або по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**347286-25/B-152 від 30.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УЛСЕПАН, таблетки кишковорозчинні, по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній упаковці або по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**347286-25/B-152 від 30.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УЛСЕПАН, таблетки кишковорозчинні, по 40 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній упаковці або по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній упаковці**
Заявник	**ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353433-26/B-120, 353434-26/B-120, 353435-26/B-120 від 24.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНДЕВІТ, драже** **по 50 драже в контейнері; по 1 контейнеру в пачці з картону; по 50 драже в контейнері**
Заявник	**Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**353433-26/B-120, 353434-26/B-120, 353435-26/B-120 від 24.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНДЕВІТ, драже** **по 50 драже в контейнері; по 1 контейнеру в пачці з картону; по 50 драже в контейнері**
Заявник	**Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**353433-26/B-120, 353434-26/B-120, 353435-26/B-120 від 24.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНДЕВІТ, драже** **по 50 драже в контейнері; по 1 контейнеру в пачці з картону; по 50 драже в контейнері**
Заявник	**Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354964-26/B-120, 354965-26/B-120, 354966-26/B-120 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНДЕВІТ, драже** **по 50 драже в контейнері; по 1 контейнеру в пачці з картону; по 50 драже в контейнері**
Заявник	**Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354964-26/B-120, 354965-26/B-120, 354966-26/B-120 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНДЕВІТ, драже** **по 50 драже в контейнері; по 1 контейнеру в пачці з картону; по 50 драже в контейнері**
Заявник	**Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354964-26/B-120, 354965-26/B-120, 354966-26/B-120 від 20.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УНДЕВІТ, драже** **по 50 драже в контейнері; по 1 контейнеру в пачці з картону; по 50 драже в контейнері**
Заявник	**Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356487-26/B-96 від 13.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРОЛЕСАН®, сироп, по 90 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 90 мл або по 180 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці; по 5 мл в саше; по 15 або 16 саше в пачці; in bulk: по 90 мл у банці; по 48 банок у коробах картонних; in bulk: по 180 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробах картонних**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356487-26/B-96 від 13.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРОЛЕСАН®, сироп, по 90 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 90 мл або по 180 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці; по 5 мл в саше; по 15 або 16 саше в пачці; in bulk: по 90 мл у банці; по 48 банок у коробах картонних; in bulk: по 180 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробах картонних**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**356487-26/B-96 від 13.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРОЛЕСАН®, сироп, по 90 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 90 мл або по 180 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці; по 5 мл в саше; по 15 або 16 саше в пачці; in bulk: по 90 мл у банці; по 48 банок у коробах картонних; in bulk: по 180 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробах картонних**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356487-26/B-96 від 13.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРОЛЕСАН®, сироп, по 90 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 90 мл або по 180 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці; по 5 мл в саше; по 15 або 16 саше в пачці; in bulk: по 90 мл у банці; по 48 банок у коробах картонних; in bulk: по 180 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробах картонних**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**356487-26/B-96 від 13.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРОЛЕСАН®, сироп, по 90 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 90 мл або по 180 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці; по 5 мл в саше; по 15 або 16 саше в пачці; in bulk: по 90 мл у банці; по 48 банок у коробах картонних; in bulk: по 180 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробах картонних**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**356487-26/B-96 від 13.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРОЛЕСАН®, сироп, по 90 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 90 мл або по 180 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці; по 5 мл в саше; по 15 або 16 саше в пачці; in bulk: по 90 мл у банці; по 48 банок у коробах картонних; in bulk: по 180 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробах картонних**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355775-26/B-28 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРОЛЕСАН®, краплі оральні по 25 мл у флаконі-крапельниці, по 1 флакону-крапельниці в пачці; по 25 мл у флаконі-крапельниці, закритому кришкою з контролем першого розкриття, по 1 флакону-крапельниці в пачці; in bulk: по 25 мл у флаконі-крапельниці; по 88 флаконів-крапельниць у коробі картонному; in bulk: по 25 мл у флаконі-крапельниці, закритому кришкою з контролем першого розкриття; по 88 флаконів-крапельниць у коробі картонному**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355775-26/B-28 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРОЛЕСАН®, краплі оральні по 25 мл у флаконі-крапельниці, по 1 флакону-крапельниці в пачці; по 25 мл у флаконі-крапельниці, закритому кришкою з контролем першого розкриття, по 1 флакону-крапельниці в пачці; in bulk: по 25 мл у флаконі-крапельниці; по 88 флаконів-крапельниць у коробі картонному; in bulk: по 25 мл у флаконі-крапельниці, закритому кришкою з контролем першого розкриття; по 88 флаконів-крапельниць у коробі картонному**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**355775-26/B-28 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРОЛЕСАН®, краплі оральні по 25 мл у флаконі-крапельниці, по 1 флакону-крапельниці в пачці; по 25 мл у флаконі-крапельниці, закритому кришкою з контролем першого розкриття, по 1 флакону-крапельниці в пачці; in bulk: по 25 мл у флаконі-крапельниці; по 88 флаконів-крапельниць у коробі картонному; in bulk: по 25 мл у флаконі-крапельниці, закритому кришкою з контролем першого розкриття; по 88 флаконів-крапельниць у коробі картонному**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355775-26/B-28 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРОЛЕСАН®, краплі оральні по 25 мл у флаконі-крапельниці, по 1 флакону-крапельниці в пачці; по 25 мл у флаконі-крапельниці, закритому кришкою з контролем першого розкриття, по 1 флакону-крапельниці в пачці; in bulk: по 25 мл у флаконі-крапельниці; по 88 флаконів-крапельниць у коробі картонному; in bulk: по 25 мл у флаконі-крапельниці, закритому кришкою з контролем першого розкриття; по 88 флаконів-крапельниць у коробі картонному**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355775-26/B-28 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРОЛЕСАН®, краплі оральні по 25 мл у флаконі-крапельниці, по 1 флакону-крапельниці в пачці; по 25 мл у флаконі-крапельниці, закритому кришкою з контролем першого розкриття, по 1 флакону-крапельниці в пачці; in bulk: по 25 мл у флаконі-крапельниці; по 88 флаконів-крапельниць у коробі картонному; in bulk: по 25 мл у флаконі-крапельниці, закритому кришкою з контролем першого розкриття; по 88 флаконів-крапельниць у коробі картонному**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**355775-26/B-28 від 02.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**УРОЛЕСАН®, краплі оральні по 25 мл у флаконі-крапельниці, по 1 флакону-крапельниці в пачці; по 25 мл у флаконі-крапельниці, закритому кришкою з контролем першого розкриття, по 1 флакону-крапельниці в пачці; in bulk: по 25 мл у флаконі-крапельниці; по 88 флаконів-крапельниць у коробі картонному; in bulk: по 25 мл у флаконі-крапельниці, закритому кришкою з контролем першого розкриття; по 88 флаконів-крапельниць у коробі картонному**
Заявник	**ПАТ "Галичфарм", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**344773-25/3-147 від 15.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАГОЦЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; 1 флакон (маркування українською мовою) з порошком у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**БРОС ЛТД, Греція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**344773-25/3-147 від 15.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАГОЦЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; 1 флакон (маркування українською мовою) з порошком у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**БРОС ЛТД, Греція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**344773-25/3-147 від 15.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФАГОЦЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; 1 флакон (маркування українською мовою) з порошком у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами**
Заявник	**БРОС ЛТД, Греція**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351122-25/B-147, 357847-26/B-147 від 31.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНОКІТ, Краплі оральні, 1 мг/ мл; по 20 мл у контейнері; по 1 контейнеру в пачці з картону**
Заявник	**Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**351122-25/B-147, 357847-26/B-147 від 31.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНОКІТ, Краплі оральні, 1 мг/ мл; по 20 мл у контейнері; по 1 контейнеру в пачці з картону**
Заявник	**Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**351122-25/B-147, 357847-26/B-147 від 31.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНОКІТ, Краплі оральні, 1 мг/ мл; по 20 мл у контейнері; по 1 контейнеру в пачці з картону**
Заявник	**Спільне українсько-іспанське підприємство "СПЕРКО УКРАЇНА", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**346653-25/З-138, 358008-26/З-138 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАНІЛ М САНДОЗ®, трансдермальний пластир, 25 мкг/год, 50 мкг/год, 75 мкг/год, 100 мкг/год; по 1 пластиру в пакетику; по 5 пакетиків у коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**346653-25/З-138, 358008-26/З-138 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАНІЛ М САНДОЗ®, трансдермальний пластир, 25 мкг/год, 50 мкг/год, 75 мкг/год, 100 мкг/год; по 1 пластиру в пакетику; по 5 пакетиків у коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**346653-25/З-138, 358008-26/З-138 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАНІЛ М САНДОЗ®, трансдермальний пластир, 25 мкг/год, 50 мкг/год, 75 мкг/год, 100 мкг/год; по 1 пластиру в пакетику; по 5 пакетиків у коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**346653-25/З-138, 358008-26/З-138 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАНІЛ М САНДОЗ®, трансдермальний пластир, 25 мкг/год, 50 мкг/год, 75 мкг/год, 100 мкг/год; по 1 пластиру в пакетику; по 5 пакетиків у коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**346653-25/З-138, 358008-26/З-138 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАНІЛ М САНДОЗ®, трансдермальний пластир, 25 мкг/год, 50 мкг/год, 75 мкг/год, 100 мкг/год; по 1 пластиру в пакетику; по 5 пакетиків у коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**346653-25/З-138, 358008-26/З-138 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАНІЛ М САНДОЗ®, трансдермальний пластир, 25 мкг/год, 50 мкг/год, 75 мкг/год, 100 мкг/год; по 1 пластиру в пакетику; по 5 пакетиків у коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**346653-25/З-138, 358008-26/З-138 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАНІЛ М САНДОЗ®, трансдермальний пластир, 25 мкг/год, 50 мкг/год, 75 мкг/год, 100 мкг/год; по 1 пластиру в пакетику; по 5 пакетиків у коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**346653-25/З-138, 358008-26/З-138 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАНІЛ М САНДОЗ®, трансдермальний пластир, 25 мкг/год, 50 мкг/год, 75 мкг/год, 100 мкг/год; по 1 пластиру в пакетику; по 5 пакетиків у коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**346653-25/З-138, 358008-26/З-138 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАНІЛ М САНДОЗ®, трансдермальний пластир, 25 мкг/год, 50 мкг/год, 75 мкг/год, 100 мкг/год; по 1 пластиру в пакетику; по 5 пакетиків у коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**346653-25/З-138, 358008-26/З-138 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАНІЛ М САНДОЗ®, трансдермальний пластир, 25 мкг/год, 50 мкг/год, 75 мкг/год, 100 мкг/год; по 1 пластиру в пакетику; по 5 пакетиків у коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**346653-25/З-138, 358008-26/З-138 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАНІЛ М САНДОЗ®, трансдермальний пластир, 25 мкг/год, 50 мкг/год, 75 мкг/год, 100 мкг/год; по 1 пластиру в пакетику; по 5 пакетиків у коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**346653-25/З-138, 358008-26/З-138 від 21.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЕНТАНІЛ М САНДОЗ®, трансдермальний пластир, 25 мкг/год, 50 мкг/год, 75 мкг/год, 100 мкг/год; по 1 пластиру в пакетику; по 5 пакетиків у коробці**
Заявник	**Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354623-26/B-60, 354624-26/B-60 від 17.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОКСАЛ®, краплі очні, розчин 0,3 % по 5 мл у флаконі з крапельницею, по 1 флакону з крапельницею в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354623-26/B-60, 354624-26/B-60 від 17.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОКСАЛ®, краплі очні, розчин 0,3 % по 5 мл у флаконі з крапельницею, по 1 флакону з крапельницею в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354623-26/B-60, 354624-26/B-60 від 17.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОКСАЛ®, краплі очні, розчин 0,3 % по 5 мл у флаконі з крапельницею, по 1 флакону з крапельницею в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**338517-25/B-96 від 29.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОКСАЛ®, мазь очна 0,3 % по 3 г у ламінованій тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**338517-25/B-96 від 29.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОКСАЛ®, мазь очна 0,3 % по 3 г у ламінованій тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**338517-25/B-96 від 29.05.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОКСАЛ®, мазь очна 0,3 % по 3 г у ламінованій тубі; по 1 тубі в картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Бауш Хелс", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**350721-25/B-146, 350722-25/B-146, 350723-25/B-146, 350724-25/B-146 від 25.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОНОКСИЛ, спрей назальний, дозований 1,0 мг/мл по 8 мл або 10 мл, або 12 мл у поліетиленовому контейнері з насосом із розпилювачем у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**350721-25/B-146, 350722-25/B-146, 350723-25/B-146, 350724-25/B-146 від 25.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОНОКСИЛ, спрей назальний, дозований 1,0 мг/мл по 8 мл або 10 мл, або 12 мл у поліетиленовому контейнері з насосом із розпилювачем у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**350721-25/B-146, 350722-25/B-146, 350723-25/B-146, 350724-25/B-146 від 25.12.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛОНОКСИЛ, спрей назальний, дозований 1,0 мг/мл по 8 мл або 10 мл, або 12 мл у поліетиленовому контейнері з насосом із розпилювачем у пачці з картону**
Заявник	**Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**357631-26/B-96 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУРБІПРОФЕН, порошок (субстанція) у мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**357631-26/B-96 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУРБІПРОФЕН, порошок (субстанція) у мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**357631-26/B-96 від 06.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУРБІПРОФЕН, порошок (субстанція) у мішках подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**358320-26/3-148 від 18.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУТІСАЛ®, капсули тверді по 20 мг; по 10 капсул у блістері, по 3 або 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 капсул у блістері; по 40 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**358320-26/3-148 від 18.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУТІСАЛ®, капсули тверді по 20 мг; по 10 капсул у блістері, по 3 або 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 капсул у блістері; по 40 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**358320-26/3-148 від 18.05.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФЛУТІСАЛ®, капсули тверді по 20 мг; по 10 капсул у блістері, по 3 або 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 капсул у блістері; по 40 блістерів у картонній коробці**
Заявник	**ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352750-26/3-152 від 12.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФРІСТОМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 30 мг; по 30 таблеток у пластиковому контейнері; по 1 контейнеру в пачці**
Заявник	**КУПФЕР БІОТЕХ, УАБ, Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**352750-26/3-152 від 12.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФРІСТОМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 30 мг; по 30 таблеток у пластиковому контейнері; по 1 контейнеру в пачці**
Заявник	**КУПФЕР БІОТЕХ, УАБ, Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**352750-26/3-152 від 12.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФРІСТОМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 30 мг; по 30 таблеток у пластиковому контейнері; по 1 контейнеру в пачці**
Заявник	**КУПФЕР БІОТЕХ, УАБ, Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**344172-25/З-124, 344173-25/З-124, 344174-25/З-124, 344175-25/З-124, 344176-25/З-124, 344177-25/З-124, 344178-25/З-124, 344179-25/З-124, 344220-25/З-124 від 05.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФРІСТОМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 30 мг; по 30 таблеток у пластиковому контейнері; по 1 контейнеру в пачці**
Заявник	**КУПФЕР БІОТЕХ, УАБ, Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**344172-25/З-124, 344173-25/З-124, 344174-25/З-124, 344175-25/З-124, 344176-25/З-124, 344177-25/З-124, 344178-25/З-124, 344179-25/З-124, 344220-25/З-124 від 05.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФРІСТОМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 30 мг; по 30 таблеток у пластиковому контейнері; по 1 контейнеру в пачці**
Заявник	**КУПФЕР БІОТЕХ, УАБ, Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: 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	**344172-25/З-124, 344173-25/З-124, 344174-25/З-124, 344175-25/З-124, 344176-25/З-124, 344177-25/З-124, 344178-25/З-124, 344179-25/З-124, 344220-25/З-124 від 05.09.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ФРІСТОМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 30 мг; по 30 таблеток у пластиковому контейнері; по 1 контейнеру в пачці**
Заявник	**КУПФЕР БІОТЕХ, УАБ, Литовська Республіка**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

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

Примітка*: Передоручення 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	**348679-25/B-145, 351482-26/B-145, 355760-26/B-145 від 15.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛІПРОЗАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**348679-25/B-145, 351482-26/B-145, 355760-26/B-145 від 15.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛІПРОЗАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**348679-25/B-145, 351482-26/B-145, 355760-26/B-145 від 15.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛІПРОЗАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**348679-25/B-145, 351482-26/B-145, 355760-26/B-145 від 15.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛІПРОЗАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**348679-25/B-145, 351482-26/B-145, 355760-26/B-145 від 15.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛІПРОЗАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**348679-25/B-145, 351482-26/B-145, 355760-26/B-145 від 15.01.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ХЕЛІПРОЗАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**345916-25/B-130 від 08.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕЛІСТА® ВІД БОЛЮ В ГОРЛІ, льодяники по 8,75 мг по 12 льодяників у блістері; по 1 блістеру у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**345916-25/B-130 від 08.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕЛІСТА® ВІД БОЛЮ В ГОРЛІ, льодяники по 8,75 мг по 12 льодяників у блістері; по 1 блістеру у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**345916-25/B-130 від 08.10.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕЛІСТА® ВІД БОЛЮ В ГОРЛІ, льодяники по 8,75 мг по 12 льодяників у блістері; по 1 блістеру у пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
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	**354427-26/B-60 від 12.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕЛІСТА® ДУО, таблетки для розсмоктування по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 4 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**354427-26/B-60 від 12.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕЛІСТА® ДУО, таблетки для розсмоктування по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 4 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**354427-26/B-60 від 12.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕЛІСТА® ДУО, таблетки для розсмоктування по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 4 блістери в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355975-26/B-147 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕРЕГЛІА®, капсули м'які по 400 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 3 блістери у пачці з картону**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: Передоручення 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	**355975-26/B-147 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕРЕГЛІА®, капсули м'які по 400 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 3 блістери у пачці з картону**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

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

Примітка*: 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	**355975-26/B-147 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕРЕГЛІА®, капсули м'які по 400 мг; по 10 капсул у блістері; по 1 або по 3 блістери у пачці з картону**
Заявник	**АТ "КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення 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	**355967-26/3-146 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФАЗОЛІН, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; по 1 або по 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення 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	**355967-26/3-146 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФАЗОЛІН, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; по 1 або по 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: 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	**355967-26/3-146 від 06.04.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФАЗОЛІН, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; по 1 або по 10 флаконів з порошком у картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення 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	**355450-26/3-97 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФАЗОЛІН, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 1 або по 10 флаконів з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення 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	**355450-26/3-97 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФАЗОЛІН, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 1 або по 10 флаконів з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: 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	**355450-26/3-97 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФАЗОЛІН, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 1 або по 10 флаконів з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення 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	**355450-26/3-97 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФАЗОЛІН, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 1 або по 10 флаконів з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення 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	**355450-26/3-97 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФАЗОЛІН, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 1 або по 10 флаконів з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: 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	**355450-26/3-97 від 27.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФАЗОЛІН, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 1 або по 10 флаконів з порошком у картонній коробці; in bulk: по 10 флаконів з порошком в картонній коробці**
Заявник	**ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення 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	**353446-26/B-145, 357737-26/B-145 від 24.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФАЗОЛІН-БХФЗ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг; порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг; для дозування 500 мг: 1 флакон з порошком; 1 флакон з порошком у пачці з картону; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 5 мл в пачці з картонною перегородкою; 10 флаконів в пачці (по 5 флаконів у касеті, по 2 касети у пачці або по 10 флаконів у касеті, по 1 касеті у пачці); для дозування 1000 мг: 1 флакон з порошком; 1 флакон з порошком у пачці з картону; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 5 мл або по 10 мл в пачці з картонною перегородкою 10 флаконів в пачці (по 5 флаконів у касеті, по 2 касети у пачці або по 10 флаконів у касеті, по 1 касеті у пачці)**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	

Прийнято оператором ВСО	(дата) **__.__.2026**	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	(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	**353446-26/B-145, 357737-26/B-145 від 24.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФАЗОЛІН-БХФЗ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг; порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг;** **для дозування 500 мг:** **1 флакон з порошком;** **1 флакон з порошком у пачці з картону;** **1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій)** **по 5 мл в пачці з картонною перегородкою;** **10 флаконів в пачці (по 5 флаконів у касеті, по 2 касети у пачці або по 10 флаконів у касеті, по 1 касеті у пачці);** **для дозування 1000 мг:** **1 флакон з порошком;** **1 флакон з порошком у пачці з картону;** **1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій)** **по 5 мл або по 10 мл в пачці з картонною перегородкою** **10 флаконів в пачці (по 5 флаконів у касеті, по 2 касети у пачці або по 10 флаконів у касеті, по 1 касеті у пачці)**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано	**__.__.2026**	

оператором ВСО 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	**353446-26/B-145, 357737-26/B-145 від 24.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФАЗОЛІН-БХФЗ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг; порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг;** **для дозування 500 мг:** **1 флакон з порошком;** **1 флакон з порошком у пачці з картону;** **1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій)** **по 5 мл в пачці з картонною перегородкою;** **10 флаконів в пачці (по 5 флаконів у касеті, по 2 касети у пачці або по 10 флаконів у касеті, по 1 касеті у пачці);** **для дозування 1000 мг:** **1 флакон з порошком;** **1 флакон з порошком у пачці з картону;** **1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій)** **по 5 мл або по 10 мл в пачці з картонною перегородкою** **10 флаконів в пачці (по 5 флаконів у касеті, по 2 касети у пачці або по 10 флаконів у касеті, по 1 касеті у пачці)**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано	**__.__.2026**	

співробітником ВЛ 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	**353446-26/B-145, 357737-26/B-145 від 24.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФАЗОЛІН-БХФЗ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг; порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг;** **для дозування 500 мг:** **1 флакон з порошком;** **1 флакон з порошком у пачці з картону;** **1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій)** **по 5 мл в пачці з картонною перегородкою;** **10 флаконів в пачці (по 5 флаконів у касеті, по 2 касети у пачці або по 10 флаконів у касеті, по 1 касеті у пачці);** **для дозування 1000 мг:** **1 флакон з порошком;** **1 флакон з порошком у пачці з картону;** **1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій)** **по 5 мл або по 10 мл в пачці з картонною перегородкою** **10 флаконів в пачці (по 5 флаконів у касеті, по 2 касети у пачці або по 10 флаконів у касеті, по 1 касеті у пачці)**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано:	**__.__.2026**	

Прийнято оператором ВСО	(дата) **__.__.2026**	(підпис, власне ім’я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	(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	**353446-26/B-145, 357737-26/B-145 від 24.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФАЗОЛІН-БХФЗ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг; порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг;** **для дозування 500 мг:** **1 флакон з порошком;** **1 флакон з порошком у пачці з картону;** **1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій)** **по 5 мл в пачці з картонною перегородкою;** **10 флаконів в пачці (по 5 флаконів у касеті, по 2 касети у пачці або по 10 флаконів у касеті, по 1 касеті у пачці);** **для дозування 1000 мг:** **1 флакон з порошком;** **1 флакон з порошком у пачці з картону;** **1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій)** **по 5 мл або по 10 мл в пачці з картонною перегородкою** **10 флаконів в пачці (по 5 флаконів у касеті, по 2 касети у пачці або по 10 флаконів у касеті, по 1 касеті у пачці)**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано	**__.__.2026**	

оператором ВСО 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	**353446-26/B-145, 357737-26/B-145 від 24.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦЕФАЗОЛІН-БХФЗ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг; порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг;** **для дозування 500 мг:** **1 флакон з порошком;** **1 флакон з порошком у пачці з картону;** **1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій)** **по 5 мл в пачці з картонною перегородкою;** **10 флаконів в пачці (по 5 флаконів у касеті, по 2 касети у пачці або по 10 флаконів у касеті, по 1 касеті у пачці);** **для дозування 1000 мг:** **1 флакон з порошком;** **1 флакон з порошком у пачці з картону;** **1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій)** **по 5 мл або по 10 мл в пачці з картонною перегородкою** **10 флаконів в пачці (по 5 флаконів у касеті, по 2 касети у пачці або по 10 флаконів у касеті, по 1 касеті у пачці)**
Заявник	**Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.

Відмовлено, причина		
Передано	**__.__.2026**	

співробітником ВЛ 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	**335975-25/З-123, 341289-25/З-123, 341290-25/З-123, 344289-25/З-123, 352208-26/З-123 від 15.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИПРОЛЕТ® А, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення 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	**335975-25/З-123, 341289-25/З-123, 341290-25/З-123, 344289-25/З-123, 352208-26/З-123 від 15.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИПРОЛЕТ® А, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: 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	**335975-25/З-123, 341289-25/З-123, 341290-25/З-123, 344289-25/З-123, 352208-26/З-123 від 15.04.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИПРОЛЕТ® А, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці**
Заявник	**Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення 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	**349037-25/B-28, 349038-25/B-28 від 28.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИПРОФЛОКСАЦИНУ ГІДРОХЛОРИД, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення 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	**349037-25/B-28, 349038-25/B-28 від 28.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИПРОФЛОКСАЦИНУ ГІДРОХЛОРИД, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: 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	**349037-25/B-28, 349038-25/B-28 від 28.11.2025**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИПРОФЛОКСАЦИНУ ГІДРОХЛОРИД, кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування**
Заявник	**АТ "Фармак", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення 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	**354105-26/B-28 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТІМАКС-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 250 мг/мл по 2 мл (500 мг) або по 4 мл (1000 мг) в ампулі; по 3 ампули у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення 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	**354105-26/B-28 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТІМАКС-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 250 мг/мл по 2 мл (500 мг) або по 4 мл (1000 мг) в ампулі; по 3 ампули у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: 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	**354105-26/B-28 від 06.03.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЦИТІМАКС-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 250 мг/мл по 2 мл (500 мг) або по 4 мл (1000 мг) в ампулі; по 3 ампули у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці**
Заявник	**ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення 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	**352686-26/3-152, 352687-26/3-152 від 11.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯРИНА® ПЛЮС, таблетки, вкриті оболонкою; № 28: по 21 таблетці оранжевого кольору і по 7 таблеток світло-оранжевого кольору в блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; №84: по 21 таблетці оранжевого кольору і по 7 таблеток світло-оранжевого кольору в блістері; по 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення 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	**352686-26/3-152, 352687-26/3-152 від 11.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯРИНА® ПЛЮС, таблетки, вкриті оболонкою; № 28: по 21 таблетці оранжевого кольору і по 7 таблеток світло-оранжевого кольору в блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; №84: по 21 таблетці оранжевого кольору і по 7 таблеток світло-оранжевого кольору в блістері; по 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: 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	**352686-26/3-152, 352687-26/3-152 від 11.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯРИНА® ПЛЮС, таблетки, вкриті оболонкою; № 28: по 21 таблетці оранжевого кольору і по 7 таблеток світло-оранжевого кольору в блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; №84: по 21 таблетці оранжевого кольору і по 7 таблеток світло-оранжевого кольору в блістері; по 3 блістери в картонній пачці**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Вкладка до реєстраційного посвідчення**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення 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	**352568-26/3-120 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯРИНА® ПЛЮС, таблетки, вкриті оболонкою; № 28: по 21 таблетці оранжевого кольору і по 7 таблеток світло-оранжевого кольору в блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; №84: по 21 таблетці оранжевого кольору і по 7 таблеток світло-оранжевого кольору в блістері; по 3 блістери в картонній пачці;**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення 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	**352568-26/3-120 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯРИНА® ПЛЮС, таблетки, вкриті оболонкою; № 28: по 21 таблетці оранжевого кольору і по 7 таблеток світло-оранжевого кольору в блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; №84: по 21 таблетці оранжевого кольору і по 7 таблеток світло-оранжевого кольору в блістері; по 3 блістери в картонній пачці;**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: 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	**352568-26/3-120 від 10.02.2026**
Назва лікарського засобу, форма випуску	**ЯРИНА® ПЛЮС, таблетки, вкриті оболонкою; № 28: по 21 таблетці оранжевого кольору і по 7 таблеток світло-оранжевого кольору в блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; №84: по 21 таблетці оранжевого кольору і по 7 таблеток світло-оранжевого кольору в блістері; по 3 блістери в картонній пачці;**
Заявник	**Байєр АГ, Німеччина**
Наказ МОЗ України	**29.06.2026 р. № 885**
Реєстраційна процедура	**Зміни I та II типів**
Тип посвідчення	**Лист**

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія**	
Власне ім’я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань)	

Примітка*: Передоручення 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)