**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **243405-20/3-132 від 17.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АБІТАЗИМ, порошок для розчину ін'єкцій по 1 г, по 1 або 10 флаконів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **243405-20/3-132 від 17.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АБІТАЗИМ, порошок для розчину ін'єкцій по 1 г, по 1 або 10 флаконів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **243405-20/3-132 від 17.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АБІТАЗИМ, порошок для розчину ін'єкцій по 1 г, по 1 або 10 флаконів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253479-21/3-114 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АГРЕЛІД, Капсули по 0,5 мг; по 50 капсул у флаконах** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253479-21/3-114 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АГРЕЛІД, Капсули по 0,5 мг; по 50 капсул у флаконах** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253479-21/3-114 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АГРЕЛІД, Капсули по 0,5 мг; по 50 капсул у флаконах** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253717-21/3-116 від 05.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗЕОНАМ, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 г 1 флакон з порошком у коробці** |
| **Заявник** | **Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253717-21/3-116 від 05.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗЕОНАМ, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 г 1 флакон з порошком у коробці** |
| **Заявник** | **Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253717-21/З-116 від 05.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗЕОНАМ, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 г 1 флакон з порошком у коробці** |
| **Заявник** | **Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253070-21/3-116 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИКЛАР 250, АЗИКЛАР 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253070-21/3-116 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИКЛАР 250, АЗИКЛАР 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253070-21/3-116 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИКЛАР 250, АЗИКЛАР 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253070-21/3-116 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИКЛАР 250, АЗИКЛАР 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253070-21/3-116 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИКЛАР 250, АЗИКЛАР 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253070-21/3-116 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИКЛАР 250, АЗИКЛАР 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251809-21/3-133 від 08.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИТРО САНДОЗ®, порошок для оральної суспензії, 100 мг/5 мл по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці; або 200 мг/5 мл по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці; по 24,8 г порошку для 30 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251809-21/3-133 від 08.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИТРО САНДОЗ®, порошок для оральної суспензії, 100 мг/5 мл по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці; або 200 мг/5 мл по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці; по 24,8 г порошку для 30 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251809-21/3-133 від 08.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИТРО САНДОЗ®, порошок для оральної суспензії, 100 мг/5 мл по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці; або 200 мг/5 мл по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці; по 24,8 г порошку для 30 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251809-21/3-133 від 08.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИТРО САНДОЗ®, порошок для оральної суспензії, 100 мг/5 мл по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці; або 200 мг/5 мл по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці; по 24,8 г порошку для 30 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251809-21/3-133 від 08.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИТРО САНДОЗ®, порошок для оральної суспензії, 100 мг/5 мл по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці; або 200 мг/5 мл по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці; по 24,8 г порошку для 30 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251809-21/3-133 від 08.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИТРО САНДОЗ®, порошок для оральної суспензії, 100 мг/5 мл по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці; або 200 мг/5 мл по 17,1 г порошку для 20 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці; по 24,8 г порошку для 30 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з адаптером та шприцом для дозування у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254316-21/B-96 від 17.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИТРОМІЦИН-КР, капсули по 0,25 г по 6 капсули у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону;**<br>**капсули по 0,5 г по 3 капсули у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254316-21/B-96 від 17.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИТРОМІЦИН-КР, капсули по 0,25 г по 6 капсули у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону;**<br>**капсули по 0,5 г по 3 капсули у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254316-21/B-96 від 17.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИТРОМІЦИН-КР, капсули по 0,25 г по 6 капсули у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону;**<br>**капсули по 0,5 г по 3 капсули у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254315-21/B-96 від 17.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИТРОМІЦИН-КР, порошок гранульований для оральної суспензії, 200 мг/5 мл по 25,4 г у банці; по 1 банці разом з каліброваним шприцом для дозування та мірною ложечкою в пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254315-21/B-96 від 17.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИТРОМІЦИН-КР, порошок гранульований для оральної суспензії, 200 мг/5 мл по 25,4 г у банці; по 1 банці разом з каліброваним шприцом для дозування та мірною ложечкою в пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254315-21/B-96 від 17.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИТРОМІЦИН-КР, порошок гранульований для оральної суспензії, 200 мг/5 мл по 25,4 г у банці; по 1 банці разом з каліброваним шприцом для дозування та мірною ложечкою в пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254316-21/B-96 від 17.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИТРОМІЦИН-КР, капсули по 0,25 г по 6 капсули у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону;**<br>**капсули по 0,5 г по 3 капсули у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254316-21/B-96 від 17.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИТРОМІЦИН-КР, капсули по 0,25 г по 6 капсули у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону;**<br>**капсули по 0,5 г по 3 капсули у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254316-21/B-96 від 17.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИТРОМІЦИН-КР, капсули по 0,25 г по 6 капсули у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону;**<br>**капсули по 0,5 г по 3 капсули у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254314-21/B-96 від 17.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АКВА СПРЕЙ ОКСІ, спрей назальний, дозований 0,05 % по 10 мл у флаконах з розпилювачем назальним; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254314-21/B-96 від 17.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АКВА СПРЕЙ ОКСІ, спрей назальний, дозований 0,05 % по 10 мл у флаконах з розпилювачем назальним; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254314-21/B-96 від 17.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АКВА СПРЕЙ ОКСІ, спрей назальний, дозований 0,05 % по 10 мл у флаконах з розпилювачем назальним; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **242480-20/3-126 від 08.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛІМТА, ліофілізат для приготування розчину для інфузій по 500 мг; ліофілізат у скляному флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Ліллі Франс, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **242480-20/3-126 від 08.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛІМТА, ліофілізат для приготування розчину для інфузій по 500 мг; ліофілізат у скляному флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Ліллі Франс, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **242480-20/3-126 від 08.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛІМТА, ліофілізат для приготування розчину для інфузій по 500 мг; ліофілізат у скляному флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Ліллі Франс, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **245436-20/3-118 від 15.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЛЕРВЕЙ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **245436-20/3-118 від 15.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЛЕРВЕЙ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **245436-20/3-118 від 15.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЛЕРВЕЙ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255266-21/3-50 від 05.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЛЕРТЕК®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг по 7 або по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Варшавський фармацевтичний завод Польфа АТ, Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255266-21/3-50 від 05.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЛЕРТЕК®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг по 7 або по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Варшавський фармацевтичний завод Польфа АТ, Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255266-21/3-50 від 05.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЛЕРТЕК®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг по 7 або по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Варшавський фармацевтичний завод Польфа АТ, Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254143-21/3-98, 254144-21/3-98 від 15.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛФЛУТОП, розчин для ін'єкцій, по 1 мл в скляних ампулах; по 5 ампул у контурній упаковці; по 2 контурні упаковки у картонній коробці або по 1 мл в скляних ампулах; по 5 ампул у контурній упаковці з фольгою; по 2 контурні упаковки у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КО "Біотехнос" А.Т., Румунія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254143-21/3-98, 254144-21/3-98 від 15.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛФЛУТОП, розчин для ін'єкцій, по 1 мл в скляних ампулах; по 5 ампул у контурній упаковці; по 2 контурні упаковки у картонній коробці або по 1 мл в скляних ампулах; по 5 ампул у контурній упаковці з фольгою; по 2 контурні упаковки у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КО "Біотехнос" А.Т., Румунія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254143-21/3-98, 254144-21/3-98 від 15.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛФЛУТОП, розчин для ін'єкцій, по 1 мл в скляних ампулах; по 5 ампул у контурній упаковці; по 2 контурні упаковки у картонній коробці або по 1 мл в скляних ампулах; по 5 ампул у контурній упаковці з фольгою; по 2 контурні упаковки у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КО "Біотехнос" А.Т., Румунія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246031-20/B-123, 246032-20/B-123, 246033-20/B-123, 247728-20/B-123, 255143-21/B-123 від 26.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЬБУМІН-БІОФАРМА, розчин для інфузій 10 %, розчин для інфузій 20 %, по 50 мл, 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону;** |
| **Заявник** | **ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246031-20/B-123, 246032-20/B-123, 246033-20/B-123, 247728-20/B-123, 255143-21/B-123 від 26.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЬБУМІН-БІОФАРМА, розчин для інфузій 10 %, розчин для інфузій 20 %, по 50 мл, 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону;** |
| **Заявник** | **ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246031-20/B-123, 246032-20/B-123, 246033-20/B-123, 247728-20/B-123, 255143-21/B-123 від 26.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЬБУМІН-БІОФАРМА, розчин для інфузій 10 %, розчин для інфузій 20 %, по 50 мл, 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону;** |
| **Заявник** | **ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246031-20/B-123, 246032-20/B-123, 246033-20/B-123, 247728-20/B-123, 255143-21/B-123 від 26.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЬБУМІН-БІОФАРМА, розчин для інфузій 10 %, розчин для інфузій 20 %, по 50 мл, 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону;** |
| **Заявник** | **ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246031-20/B-123, 246032-20/B-123, 246033-20/B-123, 247728-20/B-123, 255143-21/B-123 від 26.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЬБУМІН-БІОФАРМА, розчин для інфузій 10 %, розчин для інфузій 20 %, по 50 мл, 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону;** |
| **Заявник** | **ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246031-20/B-123, 246032-20/B-123, 246033-20/B-123, 247728-20/B-123, 255143-21/B-123 від 26.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЬБУМІН-БІОФАРМА, розчин для інфузій 10 %, розчин для інфузій 20 %, по 50 мл, 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону;** |
| **Заявник** | **ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255113-21/В-121 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЬГОЗАН®, гель; по 35 г у тубі; по 1 тубі у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255113-21/B-121 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЬГОЗАН®, гель; по 35 г у тубі; по 1 тубі у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255113-21/B-121 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛЬГОЗАН®, гель; по 35 г у тубі; по 1 тубі у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255126-21/В-121 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРОКСОЛ, сироп, 15 мг/5 мл; по 100 мл у банці полімерній з маркуванням українською мовою; по 1 банці у пачці разом зі стаканом мірним або ложкою мірною з маркуванням українською та російською мовами; по 100 мл у банці скляній з маркуванням українською; по 1 банці у пачці разом зі стаканом дозуючим або ложкою мірною з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255126-21/В-121 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРОКСОЛ, сироп, 15 мг/5 мл; по 100 мл у банці полімерній з маркуванням українською мовою; по 1 банці у пачці разом зі стаканом мірним або ложкою мірною з маркуванням українською та російською мовами; по 100 мл у банці скляній з маркуванням українською; по 1 банці у пачці разом зі стаканом дозуючим або ложкою мірною з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255126-21/В-121 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРОКСОЛ, сироп, 15 мг/5 мл; по 100 мл у банці полімерній з маркуванням українською мовою; по 1 банці у пачці разом зі стаканом мірним або ложкою мірною з маркуванням українською та російською мовами; по 100 мл у банці скляній з маркуванням українською; по 1 банці у пачці разом зі стаканом дозуючим або ложкою мірною з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255121-21/В-121 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРОКСОЛУ ГІДРОХЛОРИД, таблетки по 30 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці з картону з маркуванням українською мовою; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255121-21/В-121 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРОКСОЛУ ГІДРОХЛОРИД, таблетки по 30 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці з картону з маркуванням українською мовою; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255121-21/В-121 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМБРОКСОЛУ ГІДРОХЛОРИД, таблетки по 30 мг; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці з картону з маркуванням українською мовою; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250217-21/3-36 від 04.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМІНОВЕН ІНФАНТ 10 %, розчин для інфузій по 100 мл або по 250 мл у флаконах з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250217-21/3-36 від 04.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМІНОВЕН ІНФАНТ 10 %, розчин для інфузій по 100 мл або по 250 мл у флаконах з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250217-21/3-36 від 04.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМІНОВЕН ІНФАНТ 10 %, розчин для інфузій по 100 мл або по 250 мл у флаконах з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246838-20/B-114 від 06.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМІТРИПТИЛІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг; по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці з картону, по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у коробці з картону; in bulk: по 15000 таблеток у контейнерах** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246838-20/B-114 від 06.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМІТРИПТИЛІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг; по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці з картону, по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у коробці з картону; in bulk: по 15000 таблеток у контейнерах** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246838-20/B-114 від 06.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМІТРИПТИЛІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг; по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці з картону, по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у коробці з картону; in bulk: по 15000 таблеток у контейнерах** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246838-20/B-114 від 06.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМІТРИПТИЛІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг; по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці з картону, по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у коробці з картону; in bulk: по 15000 таблеток у контейнерах** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246838-20/B-114 від 06.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМІТРИПТИЛІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг; по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці з картону, по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у коробці з картону; in bulk: по 15000 таблеток у контейнерах** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246838-20/B-114 від 06.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМІТРИПТИЛІН, таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг; по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці з картону, по 10 таблеток у блістері, по 100 блістерів у коробці з картону; in bulk: по 15000 таблеток у контейнерах** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247931-20/B-96 від 24.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМІЦИТРОН®, порошок для орального розчину по 23 г у саше; по 23 г у саше; по 10 саше в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247931-20/B-96 від 24.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМІЦИТРОН®, порошок для орального розчину по 23 г у саше; по 23 г у саше; по 10 саше в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247931-20/B-96 від 24.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМІЦИТРОН®, порошок для орального розчину по 23 г у саше; по 23 г у саше; по 10 саше в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255130-21/B-100 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМКЕСОЛ® УНО, сироп 2 %; по 100 мл у банці скляній з маркуванням українською мовою; по 1 банці разом з ложкою мірною у пачці з маркуванням українською та російською мовами; по 100 мл у банці полімерній з маркуванням українською мовою; по 1 банці разом з ложкою мірною у пачці з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255130-21/B-100 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМКЕСОЛ® УНО, сироп 2 %; по 100 мл у банці скляній з маркуванням українською мовою; по 1 банці разом з ложкою мірною у пачці з маркуванням українською та російською мовами; по 100 мл у банці полімерній з маркуванням українською мовою; по 1 банці разом з ложкою мірною у пачці з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255130-21/B-100 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМКЕСОЛ® УНО, сироп 2 %; по 100 мл у банці скляній з маркуванням українською мовою; по 1 банці разом з ложкою мірною у пачці з маркуванням українською та російською мовами; по 100 мл у банці полімерній з маркуванням українською мовою; по 1 банці разом з ложкою мірною у пачці з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255134-21/B-100 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМКЕСОЛ® УНО, сироп 5 %; по 100 мл в банці скляній з маркуванням українською мовою; по 1 банці разом зі стаканом дозуючим у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами; по 100 мл в банці полімерній з маркуванням українською мовою; по 1 банці разом зі стаканом мірним у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255134-21/B-100 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМКЕСОЛ® УНО, сироп 5 %; по 100 мл в банці скляній з маркуванням українською мовою; по 1 банці разом зі стаканом дозуючим у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами; по 100 мл в банці полімерній з маркуванням українською мовою; по 1 банці разом зі стаканом мірним у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255134-21/B-100 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМКЕСОЛ® УНО, сироп 5 %; по 100 мл в банці скляній з маркуванням українською мовою; по 1 банці разом зі стаканом дозуючим у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами; по 100 мл в банці полімерній з маркуванням українською мовою; по 1 банці разом зі стаканом мірним у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **234412-20/3-118 від 13.05.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМОКСИЦИЛІН (БУЛО АМОКСИЦИЛІН АТБ), капсули по 250 мг по 10 капсул у блістері; по 2 блістери у картонній пачці; по 500 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Антибіотики СА, Румунія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **234412-20/3-118 від 13.05.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМОКСИЦИЛІН (БУЛО АМОКСИЦИЛІН АТБ), капсули по 250 мг по 10 капсул у блістері; по 2 блістери у картонній пачці; по 500 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Антибіотики СА, Румунія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **234412-20/3-118 від 13.05.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМОКСИЦИЛІН (БУЛО АМОКСИЦИЛІН АТБ), капсули по 250 мг по 10 капсул у блістері; по 2 блістери у картонній пачці; по 500 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Антибіотики СА, Румунія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **234412-20/3-118 від 13.05.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМОКСИЦИЛІН (БУЛО АМОКСИЦИЛІН АТБ), капсули по 250 мг по 10 капсул у блістері; по 2 блістери у картонній пачці; по 500 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Антибіотики СА, Румунія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **234412-20/3-118 від 13.05.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМОКСИЦИЛІН (БУЛО АМОКСИЦИЛІН АТБ), капсули по 250 мг по 10 капсул у блістері; по 2 блістери у картонній пачці; по 500 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Антибіотики СА, Румунія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **234412-20/3-118 від 13.05.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АМОКСИЦИЛІН (БУЛО АМОКСИЦИЛІН АТБ), капсули по 250 мг по 10 капсул у блістері; по 2 блістери у картонній пачці; по 500 мг по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Антибіотики СА, Румунія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254321-21/B-66 від 17.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНАЛЬДИМ, супозиторії ректальні по 100 мг/10 мг, по 250 мг/20 мг, по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Монфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254321-21/В-66 від 17.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНАЛЬДИМ, супозиторії ректальні по 100 мг/10 мг, по 250 мг/20 мг, по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Монфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254321-21/В-66 від 17.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНАЛЬДИМ, супозиторії ректальні по 100 мг/10 мг, по 250 мг/20 мг, по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Монфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254321-21/B-66 від 17.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНАЛЬДИМ, супозиторії ректальні по 100 мг/10 мг, по 250 мг/20 мг, по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Монфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254321-21/В-66 від 17.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНАЛЬДИМ, супозиторії ректальні по 100 мг/10 мг, по 250 мг/20 мг, по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Монфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254321-21/В-66 від 17.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНАЛЬДИМ, супозиторії ректальні по 100 мг/10 мг, по 250 мг/20 мг, по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Монфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254337-21/B-66 від 17.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНУЗОЛ, супозиторії ректальні, по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Монфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254337-21/B-66 від 17.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНУЗОЛ, супозиторії ректальні, по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Монфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254337-21/В-66 від 17.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНУЗОЛ, супозиторії ректальні, по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Монфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253235-21/3-84 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АПЕТИСТИМ, сироп; по 125 г у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканчиком в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Вроцлавське підприємство лікарських трав "ГЕРБАПОЛЬ" АТ, Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253235-21/3-84 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АПЕТИСТИМ, сироп; по 125 г у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканчиком в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Вроцлавське підприємство лікарських трав "ГЕРБАПОЛЬ" АТ, Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253235-21/3-84 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АПЕТИСТИМ, сироп; по 125 г у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканчиком в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Вроцлавське підприємство лікарських трав "ГЕРБАПОЛЬ" АТ, Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246857-20/B-114 від 06.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСКОРУТИН, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці; по 10 таблеток у блістері, по 80 блістерів у коробці з картону; по 50 таблеток у контейнерах, по 1 контейнеру у пачці; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах пластмасових** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246857-20/B-114 від 06.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСКОРУТИН, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці; по 10 таблеток у блістері, по 80 блістерів у коробці з картону; по 50 таблеток у контейнерах, по 1 контейнеру у пачці; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах пластмасових** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246857-20/B-114 від 06.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСКОРУТИН, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці; по 10 таблеток у блістері, по 80 блістерів у коробці з картону; по 50 таблеток у контейнерах, по 1 контейнеру у пачці; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах пластмасових** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246857-20/B-114 від 06.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСКОРУТИН, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці; по 10 таблеток у блістері, по 80 блістерів у коробці з картону; по 50 таблеток у контейнерах, по 1 контейнеру у пачці; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах пластмасових** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246857-20/B-114 від 06.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСКОРУТИН, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці; по 10 таблеток у блістері, по 80 блістерів у коробці з картону; по 50 таблеток у контейнерах, по 1 контейнеру у пачці; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах пластмасових** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246857-20/B-114 від 06.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСКОРУТИН, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів у пачці; по 10 таблеток у блістері, по 80 блістерів у коробці з картону; по 50 таблеток у контейнерах, по 1 контейнеру у пачці; in bulk: по 5000 таблеток у контейнерах пластмасових** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254534-21/В-121 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПАРКАМ, таблетки, по 10 або по 50 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 10 блістерів в пачці з картону; по 50 таблеток у блістері, по 1 блістеру в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254534-21/В-121 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПАРКАМ, таблетки, по 10 або по 50 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 10 блістерів в пачці з картону; по 50 таблеток у блістері, по 1 блістеру в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254534-21/В-121 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПАРКАМ, таблетки, по 10 або по 50 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері, по 1 або 10 блістерів в пачці з картону; по 50 таблеток у блістері, по 1 блістеру в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **245725-20/B-97 від 21.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПІКАРД КАРДІО, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 3 блістери у пачці; таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 300 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **245725-20/B-97 від 21.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПІКАРД КАРДІО, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 3 блістери у пачці; таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 300 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **245725-20/B-97 від 21.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПІКАРД КАРДІО, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 3 блістери у пачці; таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 300 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **245725-20/B-97 від 21.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПІКАРД КАРДІО, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 3 блістери у пачці; таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 300 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **245725-20/B-97 від 21.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПІКАРД КАРДІО, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 3 блістери у пачці; таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 300 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **245725-20/B-97 від 21.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПІКАРД КАРДІО, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 100 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 3 блістери у пачці; таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 300 мг, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична фірма "Вертекс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **235699-20/B-36 від 28.05.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПІРОЗА®, капсули тверді по 5 мг/100 мг, 10 мг/100 мг, 20 мг/100 мг, по 10 капсул у блістері, по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **235699-20/B-36 від 28.05.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПІРОЗА®, капсули тверді по 5 мг/100 мг, 10 мг/100 мг, 20 мг/100 мг, по 10 капсул у блістері, по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **235699-20/B-36 від 28.05.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПІРОЗА®, капсули тверді по 5 мг/100 мг, 10 мг/100 мг, 20 мг/100 мг, по 10 капсул у блістері, по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **235699-20/B-36 від 28.05.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПІРОЗА®, капсули тверді по 5 мг/100 мг, 10 мг/100 мг, 20 мг/100 мг, по 10 капсул у блістері, по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **235699-20/B-36 від 28.05.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПІРОЗА®, капсули тверді по 5 мг/100 мг, 10 мг/100 мг, 20 мг/100 мг, по 10 капсул у блістері, по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **235699-20/B-36 від 28.05.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПІРОЗА®, капсули тверді по 5 мг/100 мг, 10 мг/100 мг, 20 мг/100 мг, по 10 капсул у блістері, по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **235699-20/B-36 від 28.05.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПІРОЗА®, капсули тверді по 5 мг/100 мг, 10 мг/100 мг, 20 мг/100 мг, по 10 капсул у блістері, по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **235699-20/B-36 від 28.05.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПІРОЗА®, капсули тверді по 5 мг/100 мг, 10 мг/100 мг, 20 мг/100 мг, по 10 капсул у блістері, по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **235699-20/B-36 від 28.05.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПІРОЗА®, капсули тверді по 5 мг/100 мг, 10 мг/100 мг, 20 мг/100 мг, по 10 капсул у блістері, по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252869-21/3-84 від 23.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АТАКАНД ПЛЮС, таблетки по 16 мг/12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252869-21/3-84 від 23.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АТАКАНД ПЛЮС, таблетки по 16 мг/12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252869-21/3-84 від 23.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АТАКАНД ПЛЮС, таблетки по 16 мг/12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254164-21/3-133 від 15.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЦИКЛОВІР БЕЛУПО, крем для зовнішнього застосування, 5 % по 2 г або по 5 г, або по 10 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254164-21/3-133 від 15.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЦИКЛОВІР БЕЛУПО, крем для зовнішнього застосування, 5 % по 2 г або по 5 г, або по 10 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254164-21/3-133 від 15.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЦИКЛОВІР БЕЛУПО, крем для зовнішнього застосування, 5 % по 2 г або по 5 г, або по 10 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247619-20/3-133 від 18.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЦЦ® 100, АЦЦ® 200, таблетки шипучі по 100 мг по 20 таблеток у тубі, по 1 тубі в картонній коробці; таблетки шипучі по 200 мг по 20 таблеток у тубі, по 1 тубі у картонній коробці; по 1 таблетці у саше, по 20 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247619-20/3-133 від 18.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЦЦ® 100, АЦЦ® 200, таблетки шипучі по 100 мг по 20 таблеток у тубі, по 1 тубі в картонній коробці; таблетки шипучі по 200 мг по 20 таблеток у тубі, по 1 тубі у картонній коробці; по 1 таблетці у саше, по 20 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247619-20/3-133 від 18.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЦЦ® 100, АЦЦ® 200, таблетки шипучі по 100 мг по 20 таблеток у тубі, по 1 тубі в картонній коробці; таблетки шипучі по 200 мг по 20 таблеток у тубі, по 1 тубі у картонній коробці; по 1 таблетці у саше, по 20 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247619-20/3-133 від 18.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЦЦ® 100, АЦЦ® 200, таблетки шипучі по 100 мг по 20 таблеток у тубі, по 1 тубі в картонній коробці; таблетки шипучі по 200 мг по 20 таблеток у тубі, по 1 тубі у картонній коробці; по 1 таблетці у саше, по 20 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247619-20/3-133 від 18.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЦЦ® 100, АЦЦ® 200, таблетки шипучі по 100 мг по 20 таблеток у тубі, по 1 тубі в картонній коробці; таблетки шипучі по 200 мг по 20 таблеток у тубі, по 1 тубі у картонній коробці; по 1 таблетці у саше, по 20 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247619-20/3-133 від 18.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЦЦ® 100, АЦЦ® 200, таблетки шипучі по 100 мг по 20 таблеток у тубі, по 1 тубі в картонній коробці; таблетки шипучі по 200 мг по 20 таблеток у тубі, по 1 тубі у картонній коробці; по 1 таблетці у саше, по 20 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250278-21/3-130 від 05.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕРЛІПРИЛ® ПЛЮС 10/25, таблетки по 10 мг/25 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250278-21/З-130 від 05.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕРЛІПРИЛ® ПЛЮС 10/25, таблетки по 10 мг/25 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250278-21/З-130 від 05.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕРЛІПРИЛ® ПЛЮС 10/25, таблетки по 10 мг/25 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250927-21/B-86 від 20.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТОФТАН®, краплі очні, суспензія по 2,5 мг/мл по 5 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250927-21/В-86 від 20.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТОФТАН®, краплі очні, суспензія по 2,5 мг/мл по 5 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250927-21/B-86 від 20.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕТОФТАН®, краплі очні, суспензія по 2,5 мг/мл по 5 мл у флаконі, по 1 флакону у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248170-20/B-96, 248171-20/B-96 від 30.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІГАФЛОН®, розчин для інфузій, 4 мг/мл; по 100 мл або 200 мл у пляшці; по 1 пляшці в пачці; по 100 мл або 200 мл у контейнері; по 1 контейнеру в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248170-20/B-96, 248171-20/B-96 від 30.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІГАФЛОН®, розчин для інфузій, 4 мг/мл; по 100 мл або 200 мл у пляшці; по 1 пляшці в пачці; по 100 мл або 200 мл у контейнері; по 1 контейнеру в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248170-20/B-96, 248171-20/B-96 від 30.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІГАФЛОН®, розчин для інфузій, 4 мг/мл; по 100 мл або 200 мл у пляшці; по 1 пляшці в пачці; по 100 мл або 200 мл у контейнері; по 1 контейнеру в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253265-21/B-94, 253267-21/B-94 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІКАЛУТАМІД-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 150 мг, по 7 таблеток у блістері, по 4 блістери в коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253265-21/B-94, 253267-21/B-94 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІКАЛУТАМІД-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 150 мг, по 7 таблеток у блістері, по 4 блістери в коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253265-21/B-94, 253267-21/B-94 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІКАЛУТАМІД-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 150 мг, по 7 таблеток у блістері, по 4 блістери в коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253265-21/B-94, 253267-21/B-94 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІКАЛУТАМІД-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 150 мг, по 7 таблеток у блістері, по 4 блістери в коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253265-21/B-94, 253267-21/B-94 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІКАЛУТАМІД-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 150 мг, по 7 таблеток у блістері, по 4 блістери в коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253265-21/B-94, 253267-21/B-94 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІКАЛУТАМІД-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 150 мг, по 7 таблеток у блістері, по 4 блістери в коробці; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248433-20/3-121 від 02.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІМАНОКС®, краплі очні, розчин, 2 мг/мл; по 5 мл у флаконі крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ядран-Галенський Лабораторій д.д., Хорватія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248433-20/3-121 від 02.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІМАНОКС®, краплі очні, розчин, 2 мг/мл; по 5 мл у флаконі крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ядран-Галенський Лабораторій д.д., Хорватія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248433-20/3-121 від 02.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІМАНОКС®, краплі очні, розчин, 2 мг/мл; по 5 мл у флаконі крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ядран-Галенський Лабораторій д.д., Хорватія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240475-20/3-98 від 11.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БОНВІВА®, Розчин для ін'єкцій по 3 мг/3 мл, по 3 мл розчину в попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу в комплекті з 1 стерильною голкою для ін'єкцій поміщеною в пластмасовий контейнер в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Атнас Фарма ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240475-20/3-98 від 11.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БОНВІВА®, Розчин для ін'єкцій по 3 мг/3 мл, по 3 мл розчину в попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу в комплекті з 1 стерильною голкою для ін'єкцій поміщеною в пластмасовий контейнер в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Атнас Фарма ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240475-20/3-98 від 11.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БОНВІВА®, Розчин для ін'єкцій по 3 мг/3 мл, по 3 мл розчину в попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу в комплекті з 1 стерильною голкою для ін'єкцій поміщеною в пластмасовий контейнер в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Атнас Фарма ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240483-20/3-98 від 11.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БОНВІВА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг по 1 або по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Атнас Фарма ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240483-20/З-98 від 11.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БОНВІВА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг по 1 або по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Атнас Фарма ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240483-20/3-98 від 11.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БОНВІВА®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг по 1 або по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Атнас Фарма ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254162-21/3-133 від 15.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БОНДЕРМ, мазь, 20 мг/г по 15 г у тубі, по 1 тубі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254162-21/3-133 від 15.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БОНДЕРМ, мазь, 20 мг/г по 15 г у тубі, по 1 тубі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254162-21/3-133 від 15.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БОНДЕРМ, мазь, 20 мг/г по 15 г у тубі, по 1 тубі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240286-20/3-84 від 05.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БОНДРОНАТ®, концентрат для розчину для інфузій, 6 мг/6 мл по 6 мл концентрату у флаконі зі скла; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Атнас Фарма ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240286-20/3-84 від 05.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БОНДРОНАТ®, концентрат для розчину для інфузій, 6 мг/6 мл по 6 мл концентрату у флаконі зі скла; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Атнас Фарма ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240286-20/3-84 від 05.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БОНДРОНАТ®, концентрат для розчину для інфузій, 6 мг/6 мл по 6 мл концентрату у флаконі зі скла; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Атнас Фарма ЮК Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254523-21/В-121 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БОРНА КИСЛОТА, порошок кристалічний; по 10 г у саше; по 10 саше у пачці з картону з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254523-21/B-121 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БОРНА КИСЛОТА, порошок кристалічний; по 10 г у саше; по 10 саше у пачці з картону з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254523-21/B-121 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БОРНА КИСЛОТА, порошок кристалічний; по 10 г у саше; по 10 саше у пачці з картону з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248104-20/3-06, 248105-20/3-06 від 25.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРЕНЕМ 1000, порошок для розчину для ін'єкцій, по 1000 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Брукс Лабораторіс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248104-20/3-06, 248105-20/3-06 від 25.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРЕНЕМ 1000, порошок для розчину для ін'єкцій, по 1000 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Брукс Лабораторіс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248104-20/3-06, 248105-20/3-06 від 25.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРЕНЕМ 1000, порошок для розчину для ін'єкцій, по 1000 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Брукс Лабораторіс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244166-20/3-98, 244167-20/3-98, 244168-20/3-98, 244169-20/3-98, 244170-20/3-98, 244171-20/3-98, 244172-20/3-98, 244173-20/3-98, 244174-20/3-98, 244175-20/3-98, 244176-20/3-98, 244177-20/3-98, 244179-20/3-98, 244181-20/3-98, 244182-20/3-98, 244183-20/3-98, 244187-20/3-98, 244189-20/3-98, 246174-20/3-88 від 28.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРЕТАРІС® ДЖЕНУЕЙР® , порошок для інгаляцій, 322 мкг/дозу по 30 доз порошку в інгаляторі; по 1 інгалятору в пластиковому пакеті в коробці з картону; по 60 доз порошку в інгаляторі; по 1 або по 3 інгалятори в пластиковому пакеті кожен у коробці з картону** |
| **Заявник** | **БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244166-20/3-98, 244167-20/3-98, 244168-20/3-98, 244169-20/3-98, 244170-20/3-98, 244171-20/3-98, 244172-20/3-98, 244173-20/3-98, 244174-20/3-98, 244175-20/3-98, 244176-20/3-98, 244177-20/3-98, 244179-20/3-98, 244181-20/3-98, 244182-20/3-98, 244183-20/3-98, 244187-20/3-98, 244189-20/3-98, 246174-20/3-88 від 28.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРЕТАРІС® ДЖЕНУЕЙР® , порошок для інгаляцій, 322 мкг/дозу по 30 доз порошку в інгаляторі; по 1 інгалятору в пластиковому пакеті в коробці з картону; по 60 доз порошку в інгаляторі; по 1 або по 3 інгалятори в пластиковому пакеті кожен у коробці з картону** |
| **Заявник** | **БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244166-20/3-98, 244167-20/3-98, 244168-20/3-98, 244169-20/3-98, 244170-20/3-98, 244171-20/3-98, 244172-20/3-98, 244173-20/3-98, 244174-20/3-98, 244175-20/3-98, 244176-20/3-98, 244177-20/3-98, 244179-20/3-98, 244181-20/3-98, 244182-20/3-98, 244183-20/3-98, 244187-20/3-98, 244189-20/3-98, 246174-20/3-88 від 28.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРЕТАРІС® ДЖЕНУЕЙР® , порошок для інгаляцій, 322 мкг/дозу по 30 доз порошку в інгаляторі; по 1 інгалятору в пластиковому пакеті в коробці з картону; по 60 доз порошку в інгаляторі; по 1 або по 3 інгалятори в пластиковому пакеті кожен у коробці з картону** |
| **Заявник** | **БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **242682-20/B-60, 255537-21/B-60 від 09.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРИЛЬЯНТОВИЙ ЗЕЛЕНИЙ, розчин для зовнішнього застосування, спиртовий 1 %;**<br>**по 25 мл у флаконі-крапельниці;**<br>**по 25 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в пачці. Маркування українською мовою;** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **242682-20/B-60, 255537-21/B-60 від 09.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРИЛЬЯНТОВИЙ ЗЕЛЕНИЙ, розчин для зовнішнього застосування, спиртовий 1 %;**<br>**по 25 мл у флаконі-крапельниці;**<br>**по 25 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в пачці. Маркування українською мовою;** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **242682-20/B-60, 255537-21/B-60 від 09.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРИЛЬЯНТОВИЙ ЗЕЛЕНИЙ, розчин для зовнішнього застосування, спиртовий 1 %;**<br>**по 25 мл у флаконі-крапельниці;**<br>**по 25 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в пачці. Маркування українською мовою;** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250911-21/В-66 від 19.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРОНХОФІТ, настойка складна, по 100 мл у банці скляній; по 1 банці в пачці; по 100 мл у банці полімерній; по 1 банці в пачці; по 100 мл у флаконі полімерному; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Науково-виробнича фармацевтична компанія "ЕЙМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250911-21/В-66 від 19.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРОНХОФІТ, настойка складна, по 100 мл у банці скляній; по 1 банці в пачці; по 100 мл у банці полімерній; по 1 банці в пачці; по 100 мл у флаконі полімерному; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Науково-виробнича фармацевтична компанія "ЕЙМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250911-21/В-66 від 19.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БРОНХОФІТ, настойка складна, по 100 мл у банці скляній; по 1 банці в пачці; по 100 мл у банці полімерній; по 1 банці в пачці; по 100 мл у флаконі полімерному; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Науково-виробнича фармацевтична компанія "ЕЙМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252907-21/3-121, 252908-21/3-121, 252909-21/3-121, 252910-21/3-121 від 24.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУСТРИКС™ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) (АДСОРБОВАНА, ЗІ ЗМЕНШЕНИМ ВМІСТОМ АНТИГЕНІВ), суспензія для ін'єкцій, 0,5 мл/дозу; по 1 дозі у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу у комплекті з двома голками в пластиковому контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252907-21/3-121, 252908-21/3-121, 252909-21/3-121, 252910-21/3-121 від 24.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУСТРИКС™ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) (АДСОРБОВАНА, ЗІ ЗМЕНШЕНИМ ВМІСТОМ АНТИГЕНІВ), суспензія для ін'єкцій, 0,5 мл/дозу; по 1 дозі у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу у комплекті з двома голками в пластиковому контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252907-21/3-121, 252908-21/3-121, 252909-21/3-121, 252910-21/3-121 від 24.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУСТРИКС™ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) (АДСОРБОВАНА, ЗІ ЗМЕНШЕНИМ ВМІСТОМ АНТИГЕНІВ), суспензія для ін'єкцій, 0,5 мл/дозу; по 1 дозі у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу у комплекті з двома голками в пластиковому контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252912-21/3-121, 252913-21/3-121, 252914-21/3-121, 252915-21/3-121 від 24.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУСТРИКС™ ПОЛІО КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТУ (ІНАКТИВОВАНА) (АДСОРБОВАНА, ЗІ ЗМЕНШЕНИМ ВМІСТОМ АНТИГЕНІВ), суспензія для ін'єкцій по 1 дозі (0,5 мл/дозу), по 1 дозі у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу у комплекті з двома голками в пластиковому контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці з маркуванням українською мовою.** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252912-21/3-121, 252913-21/3-121, 252914-21/3-121, 252915-21/3-121 від 24.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУСТРИКС™ ПОЛІО КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТУ (ІНАКТИВОВАНА) (АДСОРБОВАНА, ЗІ ЗМЕНШЕНИМ ВМІСТОМ АНТИГЕНІВ), суспензія для ін'єкцій по 1 дозі (0,5 мл/дозу), по 1 дозі у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу у комплекті з двома голками в пластиковому контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці з маркуванням українською мовою.** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252912-21/3-121, 252913-21/3-121, 252914-21/3-121, 252915-21/3-121 від 24.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУСТРИКС™ ПОЛІО КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТУ (ІНАКТИВОВАНА) (АДСОРБОВАНА, ЗІ ЗМЕНШЕНИМ ВМІСТОМ АНТИГЕНІВ), суспензія для ін'єкцій по 1 дозі (0,5 мл/дозу), по 1 дозі у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу у комплекті з двома голками в пластиковому контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці з маркуванням українською мовою.** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250905-21/3-114 від 19.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАКСІГРИП® ТЕТРА / VAXIGRIP TETRA СПЛІТ-ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ ЧОТИРЬОХВАЛЕНТНА, ІНАКТИВОВАНА, Суспензія для ін'єкцій; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці; по 1 попередньо заповненому шприцу з прикріпленою голкою у картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці; по 1 попередньо заповненому шприцу без голки у картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці; по 1 попередньо заповненому шприцу з прикріпленою голкою у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою зі стикером українською мовою; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці; по 1 попередньо заповненому шприцу без голки у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою зі стикером українською мовою** |
| **Заявник** | **Санофі Пастер, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

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

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250905-21/3-114 від 19.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАКСІГРИП® ТЕТРА / VAXIGRIP TETRA СПЛІТ-ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ ЧОТИРЬОХВАЛЕНТНА, ІНАКТИВОВАНА, Суспензія для ін'єкцій; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці; по 1 попередньо заповненому шприцу з прикріпленою голкою у картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці; по 1 попередньо заповненому шприцу без голки у картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці; по 1 попередньо заповненому шприцу з прикріпленою голкою у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою зі стикером українською мовою; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці; по 1 попередньо заповненому шприцу без голки у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою зі стикером українською мовою** |
| **Заявник** | **Санофі Пастер, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250905-21/3-114 від 19.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАКСІГРИП® ТЕТРА / VAXIGRIP TETRA СПЛІТ-ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ ЧОТИРЬОХВАЛЕНТНА, ІНАКТИВОВАНА, Суспензія для ін'єкцій; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці; по 1 попередньо заповненому шприцу з прикріпленою голкою у картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці; по 1 попередньо заповненому шприцу без голки у картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці; по 1 попередньо заповненому шприцу з прикріпленою голкою у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою зі стикером українською мовою; по 0,5 мл у попередньо заповненому шприці; по 1 попередньо заповненому шприцу без голки у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою зі стикером українською мовою** |
| **Заявник** | **Санофі Пастер, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **243236-20/B-97 від 16.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛСАРТАН , порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "ТК "Аврора", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **243236-20/B-97 від 16.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛСАРТАН , порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "ТК "Аврора", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **243236-20/B-97 від 16.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛСАРТАН , порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "ТК "Аврора", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250668-21/3-134 від 15.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛСАРТАН САНДОЗ® КОМПОЗИТУМ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг /12,5 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250668-21/3-134 від 15.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛСАРТАН САНДОЗ® КОМПОЗИТУМ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг /12,5 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250668-21/3-134 від 15.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛСАРТАН САНДОЗ® КОМПОЗИТУМ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг /12,5 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250683-21/3-134 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛСАРТАН САНДОЗ® КОМПОЗИТУМ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/25 мг та по 80 мг/12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250683-21/3-134 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛСАРТАН САНДОЗ® КОМПОЗИТУМ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/25 мг та по 80 мг/12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250683-21/3-134 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛСАРТАН САНДОЗ® КОМПОЗИТУМ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/25 мг та по 80 мг/12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250683-21/3-134 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛСАРТАН САНДОЗ® КОМПОЗИТУМ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/25 мг та по 80 мг/12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250683-21/3-134 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛСАРТАН САНДОЗ® КОМПОЗИТУМ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/25 мг та по 80 мг/12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250683-21/3-134 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛСАРТАН САНДОЗ® КОМПОЗИТУМ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг/25 мг та по 80 мг/12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251499-21/3-116 від 01.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛЬСАРІЯ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг /12,5 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251499-21/3-116 від 01.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛЬСАРІЯ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг /12,5 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251499-21/3-116 від 01.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛЬСАРІЯ Н, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 160 мг /12,5 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **219515-19/3-94 від 25.09.2019** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕЛПАНАТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг/100 мг, по 28 таблеток у флаконі із поліпропіленовою кришкою, оснащеною захистом від дітей, по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Натко Фарма Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **219515-19/3-94 від 25.09.2019** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕЛПАНАТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг/100 мг, по 28 таблеток у флаконі із поліпропіленовою кришкою, оснащеною захистом від дітей, по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Натко Фарма Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **219515-19/3-94 від 25.09.2019** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕЛПАНАТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг/100 мг, по 28 таблеток у флаконі із поліпропіленовою кришкою, оснащеною захистом від дітей, по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Натко Фарма Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246974-20/В-121 від 10.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕНЛАФАКСИН, таблетки по 75 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246974-20/В-121 від 10.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕНЛАФАКСИН, таблетки по 75 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246974-20/В-121 від 10.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕНЛАФАКСИН, таблетки по 75 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250499-21/В-61, 250500-21/В-61, 250501-21/В-61, 250504-21/В-61, 250507-21/В-61 від 13.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕНОГЕПАНОЛ, гель по 40 г у тубі, по 1 тубі в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250499-21/В-61, 250500-21/В-61, 250501-21/В-61, 250504-21/В-61, 250507-21/В-61 від 13.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕНОГЕПАНОЛ, гель по 40 г у тубі, по 1 тубі в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250499-21/В-61, 250500-21/В-61, 250501-21/В-61, 250504-21/В-61, 250507-21/В-61 від 13.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕНОГЕПАНОЛ, гель по 40 г у тубі, по 1 тубі в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **238084-20/3-45 від 06.07.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІПЕНЕМ, порошок для розчину для інфузій по 500 мг/500 мг у флаконах по 1 або 10 флаконів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **238084-20/3-45 від 06.07.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІПЕНЕМ, порошок для розчину для інфузій по 500 мг/500 мг у флаконах по 1 або 10 флаконів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **238084-20/3-45 від 06.07.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІПЕНЕМ, порошок для розчину для інфузій по 500 мг/500 мг у флаконах по 1 або 10 флаконів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **256090-21/3-82 від 19.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВОЛЬТАРЕН ЕМУЛЬГЕЛЬ, емульгель для зовнішнього застосування 1 %;**<br>**по 20 г, або по 50 г, або по 75 г, або по 100 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ГСК Консьюмер Хелскер С.А., Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **256090-21/3-82 від 19.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВОЛЬТАРЕН ЕМУЛЬГЕЛЬ, емульгель для зовнішнього застосування 1 %;<br>по 20 г, або по 50 г, або по 75 г, або по 100 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ГСК Консьюмер Хелскер С.А., Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **256090-21/3-82 від 19.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВОЛЬТАРЕН ЕМУЛЬГЕЛЬ, емульгель для зовнішнього застосування 1 %;<br>по 20 г, або по 50 г, або по 75 г, або по 100 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ГСК Консьюмер Хелскер С.А., Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255152-21/В-134 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВУГІЛЛЯ АКТИВОВАНЕ, таблетки по 0,25 г по 10 таблеток у блістерах з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 2 або по 10 блістерів у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255152-21/В-134 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВУГІЛЛЯ АКТИВОВАНЕ, таблетки по 0,25 г по 10 таблеток у блістерах з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 2 або по 10 блістерів у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255152-21/В-134 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВУГІЛЛЯ АКТИВОВАНЕ, таблетки по 0,25 г по 10 таблеток у блістерах з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 2 або по 10 блістерів у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250697-21/3-98 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЗІВА® , концентрат для розчину для інфузій, 1000 мг/40 мл; по 40 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250697-21/3-98 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЗІВА® , концентрат для розчину для інфузій, 1000 мг/40 мл; по 40 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250697-21/3-98 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЗІВА® , концентрат для розчину для інфузій, 1000 мг/40 мл; по 40 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251509-21/З-132 від 01.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛАРА, капсули тверді по 75 мг або по 150 мг; по 14 капсул в блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251509-21/3-132 від 01.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛАРА, капсули тверді по 75 мг або по 150 мг; по 14 капсул в блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251509-21/3-132 від 01.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛАРА, капсули тверді по 75 мг або по 150 мг; по 14 капсул в блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251509-21/З-132 від 01.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛАРА, капсули тверді по 75 мг або по 150 мг; по 14 капсул в блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251509-21/3-132 від 01.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛАРА, капсули тверді по 75 мг або по 150 мг; по 14 капсул в блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251509-21/3-132 від 01.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛАРА, капсули тверді по 75 мг або по 150 мг; по 14 капсул в блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246821-20/B-129 від 06.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕКСАВІТ, драже;**<br>**по 50 драже у контейнерах з маркуванням українською мовою;**<br>**in bulk: по 1000 драже у контейнерах;** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246821-20/B-129 від 06.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕКСАВІТ, драже;**<br>**по 50 драже у контейнерах з маркуванням українською мовою;**<br>**in bulk: по 1000 драже у контейнерах;** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246821-20/B-129 від 06.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕКСАВІТ, драже;**<br>**по 50 драже у контейнерах з маркуванням українською мовою;**<br>**in bulk: по 1000 драже у контейнерах;** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251221-21/B-92 від 26.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕКСАВІТ, драже по 50 драже в контейнері пластмасовому; по 1 контейнеру в пачці; по 50 драже у контейнері пластмасовому** |
| **Заявник** | **Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251221-21/B-92 від 26.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕКСАВІТ, драже по 50 драже в контейнері пластмасовому; по 1 контейнеру в пачці; по 50 драже у контейнері пластмасовому** |
| **Заявник** | **Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251221-21/B-92 від 26.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕКСАВІТ, драже по 50 драже в контейнері пластмасовому; по 1 контейнеру в пачці; по 50 драже у контейнері пластмасовому** |
| **Заявник** | **Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246821-20/B-129 від 06.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕКСАВІТ, драже;**<br>**по 50 драже у контейнерах з маркуванням українською мовою;**<br>**in bulk: по 1000 драже у контейнерах;** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246821-20/B-129 від 06.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕКСАВІТ, драже;**<br>**по 50 драже у контейнерах з маркуванням українською мовою;**<br>**in bulk: по 1000 драже у контейнерах;** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246821-20/B-129 від 06.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕКСАВІТ, драже;**<br>**по 50 драже у контейнерах з маркуванням українською мовою;**<br>**in bulk: по 1000 драже у контейнерах;** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **243011-20/3-130, 243012-20/3-130, 243013-20/3-130, 243014-20/3-130, 243015-20/3-130, 243016-20/3-130, 243017-20/3-130 від 15.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕКСАЛІЗ, таблетки для розсмоктування по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Лабораторії Бушара Рекордаті, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **243011-20/З-130, 243012-20/З-130, 243013-20/З-130, 243014-20/З-130, 243015-20/З-130, 243016-20/З-130, 243017-20/З-130 від 15.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕКСАЛІЗ, таблетки для розсмоктування по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Лабораторії Бушара Рекордаті, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **243011-20/З-130, 243012-20/З-130, 243013-20/З-130, 243014-20/З-130, 243015-20/З-130, 243016-20/З-130, 243017-20/З-130 від 15.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕКСАЛІЗ, таблетки для розсмоктування по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Лабораторії Бушара Рекордаті, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250438-21/3-98 від 12.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕМЛІБРА®, розчин для ін`єкцій по 30 мг/1 мл по 1 мл (30 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; розчин для ін`єкцій по 150 мг/1 мл по 0,4 мл (60 мг) у флаконі; по 0,7 мл (105 мг) у флаконі; по 1 мл (150 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250438-21/3-98 від 12.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕМЛІБРА®, розчин для ін`єкцій по 30 мг/1 мл по 1 мл (30 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; розчин для ін`єкцій по 150 мг/1 мл по 0,4 мл (60 мг) у флаконі; по 0,7 мл (105 мг) у флаконі; по 1 мл (150 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250438-21/3-98 від 12.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕМЛІБРА®, розчин для ін`єкцій по 30 мг/1 мл по 1 мл (30 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; розчин для ін`єкцій по 150 мг/1 мл по 0,4 мл (60 мг) у флаконі; по 0,7 мл (105 мг) у флаконі; по 1 мл (150 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250438-21/3-98 від 12.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕМЛІБРА®, розчин для ін`єкцій по 30 мг/1 мл по 1 мл (30 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; розчин для ін`єкцій по 150 мг/1 мл по 0,4 мл (60 мг) у флаконі; по 0,7 мл (105 мг) у флаконі; по 1 мл (150 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250438-21/3-98 від 12.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕМЛІБРА®, розчин для ін`єкцій по 30 мг/1 мл по 1 мл (30 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; розчин для ін`єкцій по 150 мг/1 мл по 0,4 мл (60 мг) у флаконі; по 0,7 мл (105 мг) у флаконі; по 1 мл (150 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250438-21/3-98 від 12.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕМЛІБРА®, розчин для ін`єкцій по 30 мг/1 мл по 1 мл (30 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; розчин для ін`єкцій по 150 мг/1 мл по 0,4 мл (60 мг) у флаконі; по 0,7 мл (105 мг) у флаконі; по 1 мл (150 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252844-21/3-50 від 23.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕМЦИТАБІН МЕДАК, порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 200 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1000 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1500 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252844-21/3-50 від 23.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕМЦИТАБІН МЕДАК, порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 200 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1000 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1500 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252844-21/3-50 від 23.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕМЦИТАБІН МЕДАК, порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 200 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1000 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1500 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252844-21/3-50 від 23.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕМЦИТАБІН МЕДАК, порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 200 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1000 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1500 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252844-21/3-50 від 23.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕМЦИТАБІН МЕДАК, порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 200 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1000 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1500 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252844-21/3-50 від 23.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕМЦИТАБІН МЕДАК, порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 200 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1000 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1500 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252844-21/3-50 від 23.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕМЦИТАБІН МЕДАК, порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 200 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1000 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1500 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252844-21/3-50 від 23.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕМЦИТАБІН МЕДАК, порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 200 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1000 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1500 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252844-21/3-50 від 23.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕМЦИТАБІН МЕДАК, порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 200 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1000 мг; порошок для приготування розчину для інфузій (38 мг/мл) по 1500 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247878-20/3-121 від 24.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕНЕРОЛОН, розчин нашкірний, 5 %; по 60 мл у флаконі; по 1 флакону в комплекті з мірним насосом та розпилюючою насадкою в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247878-20/3-121 від 24.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕНЕРОЛОН, розчин нашкірний, 5 %; по 60 мл у флаконі; по 1 флакону в комплекті з мірним насосом та розпилюючою насадкою в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247878-20/3-121 від 24.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕНЕРОЛОН, розчин нашкірний, 5 %; по 60 мл у флаконі; по 1 флакону в комплекті з мірним насосом та розпилюючою насадкою в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247885-20/3-121 від 24.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕНЕРОЛОН, розчин нашкірний, 2 %; по 60 мл у флаконі; по 1 флакону в комплекті з мірним насосом та розпилюючою насадкою в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247885-20/3-121 від 24.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕНЕРОЛОН, розчин нашкірний, 2 %; по 60 мл у флаконі; по 1 флакону в комплекті з мірним насосом та розпилюючою насадкою в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247885-20/3-121 від 24.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕНЕРОЛОН, розчин нашкірний, 2 %; по 60 мл у флаконі; по 1 флакону в комплекті з мірним насосом та розпилюючою насадкою в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250015-20/B-60, 250016-20/B-60 від 29.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛУТОКСИМ, розчин для ін'єкцій 1 %: по 1 мл або по 2 мл в ампулах; по 5 ампул у бліс-тері в пачці з картону;<br>розчин для ін'єкцій 3 %: по 1 мл в ам-пулі; по 5 ампул у блістері, по 1 блі-стеру в пачці з картону; по 2 мл в ам-пулі; по 5 ампул у блістері, по 1 або по 2 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ЗДРАВО", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250015-20/B-60, 250016-20/B-60 від 29.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛУТОКСИМ, розчин для ін'єкцій 1 %: по 1 мл або по 2 мл в ампулах; по 5 ампул у бліс-тері в пачці з картону;<br>розчин для ін'єкцій 3 %: по 1 мл в ам-пулі; по 5 ампул у блістері, по 1 блі-стеру в пачці з картону; по 2 мл в ам-пулі; по 5 ампул у блістері, по 1 або по 2 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ЗДРАВО", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250015-20/B-60, 250016-20/B-60 від 29.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛУТОКСИМ, розчин для ін'єкцій 1 %: по 1 мл або по 2 мл в ампулах; по 5 ампул у бліс-тері в пачці з картону;<br>розчин для ін'єкцій 3 %: по 1 мл в ам-пулі; по 5 ампул у блістері, по 1 блі-стеру в пачці з картону; по 2 мл в ам-пулі; по 5 ампул у блістері, по 1 або по 2 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ЗДРАВО", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250015-20/B-60, 250016-20/B-60 від 29.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛУТОКСИМ, розчин для ін'єкцій 1 %: по 1 мл або по 2 мл в ампулах; по 5 ампул у бліс-тері в пачці з картону;<br>розчин для ін'єкцій 3 %: по 1 мл в ам-пулі; по 5 ампул у блістері, по 1 блі-стеру в пачці з картону; по 2 мл в ам-пулі; по 5 ампул у блістері, по 1 або по 2 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ЗДРАВО", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250015-20/B-60, 250016-20/B-60 від 29.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛУТОКСИМ, розчин для ін'єкцій 1 %: по 1 мл або по 2 мл в ампулах; по 5 ампул у бліс-тері в пачці з картону;<br>розчин для ін'єкцій 3 %: по 1 мл в ам-пулі; по 5 ампул у блістері, по 1 блі-стеру в пачці з картону; по 2 мл в ам-пулі; по 5 ампул у блістері, по 1 або по 2 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ЗДРАВО", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250015-20/B-60, 250016-20/B-60 від 29.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛУТОКСИМ, розчин для ін'єкцій 1 %: по 1 мл або по 2 мл в ампулах; по 5 ампул у бліс-тері в пачці з картону;<br>розчин для ін'єкцій 3 %: по 1 мл в ам-пулі; по 5 ампул у блістері, по 1 блі-стеру в пачці з картону; по 2 мл в ам-пулі; по 5 ампул у блістері, по 1 або по 2 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ЗДРАВО", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255928-21/В-60 від 14.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛЮКОЗО-ТОЛЕРАНТНИЙ ТЕСТ, порошок дозований, 75 г/пакет; по 75,75 г порошку в пакеті; по 1 пакету в пачці з маркуванням українською та російською мовами;** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255928-21/B-60 від 14.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛЮКОЗО-ТОЛЕРАНТНИЙ ТЕСТ, порошок дозований, 75 г/пакет; по 75,75 г порошку в пакеті; по 1 пакету в пачці з маркуванням українською та російською мовами;** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255928-21/В-60 від 14.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛЮКОЗО-ТОЛЕРАНТНИЙ ТЕСТ, порошок дозований, 75 г/пакет; по 75,75 г порошку в пакеті; по 1 пакету в пачці з маркуванням українською та російською мовами;** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251923-21/B-97 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛЮКСИЛ®, розчин для інфузій, по 200 мл та 400 мл у пляшках скляних; по 250 мл та 500 мл у контейнерах полімерних** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251923-21/В-97 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛЮКСИЛ®, розчин для інфузій, по 200 мл та 400 мл у пляшках скляних; по 250 мл та 500 мл у контейнерах полімерних** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251923-21/В-97 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЛЮКСИЛ®, розчин для інфузій, по 200 мл та 400 мл у пляшках скляних; по 250 мл та 500 мл у контейнерах полімерних** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **238355-20/B-36, 238356-20/B-36 від 08.07.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРАНОЦИТ® 34, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 33,6 млн МО (263 мкг), № 5: по 5 флаконів зі скла типа I с ліофілізатом, укупорених пробками гумовими бутиловими та обжатих ковпачками алюмінієвими в комплекті з 5 ампулами по 1 мл зі скла типу I з розчинником (вода для ін'єкцій) в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **238355-20/B-36, 238356-20/B-36 від 08.07.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРАНОЦИТ® 34, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 33,6 млн МО (263 мкг), № 5: по 5 флаконів зі скла типа I с ліофілізатом, укупорених пробками гумовими бутиловими та обжатих ковпачками алюмінієвими в комплекті з 5 ампулами по 1 мл зі скла типу I з розчинником (вода для ін'єкцій) в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **238355-20/B-36, 238356-20/B-36 від 08.07.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГРАНОЦИТ® 34, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 33,6 млн МО (263 мкг), № 5: по 5 флаконів зі скла типа I с ліофілізатом, укупорених пробками гумовими бутиловими та обжатих ковпачками алюмінієвими в комплекті з 5 ампулами по 1 мл зі скла типу I з розчинником (вода для ін'єкцій) в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250760-21/B-116 від 18.01.2021** |
| **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** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250760-21/В-116 від 18.01.2021** |
| **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** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250760-21/В-116 від 18.01.2021** |
| **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** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255137-21/В-121 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДАЛМАКСІН, мазь, 20 мг/г; по 25 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255137-21/В-121 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДАЛМАКСІН, мазь, 20 мг/г; по 25 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255137-21/В-121 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДАЛМАКСІН, мазь, 20 мг/г; по 25 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251887-21/B-97, 251888-21/B-97 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКАТИЛЕН™, таблетки для розсмоктування, по 10 таблеток у блістері; по 2 або 3, або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251887-21/B-97, 251888-21/B-97 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКАТИЛЕН™, таблетки для розсмоктування, по 10 таблеток у блістері; по 2 або 3, або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251887-21/B-97, 251888-21/B-97 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКАТИЛЕН™, таблетки для розсмоктування, по 10 таблеток у блістері; по 2 або 3, або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246984-20/B-66 від 10.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКСАМЕТАЗОН, таблетки по 0,5 мг, по 10 таблеток у блістерах; по 1 або 5 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Дослідний завод "ГНЦЛС", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246984-20/B-66 від 10.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКСАМЕТАЗОН, таблетки по 0,5 мг, по 10 таблеток у блістерах; по 1 або 5 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Дослідний завод "ГНЦЛС", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246984-20/B-66 від 10.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКСАМЕТАЗОН, таблетки по 0,5 мг, по 10 таблеток у блістерах; по 1 або 5 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Дослідний завод "ГНЦЛС", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247342-20/3-39 від 13.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКСАМЕТАЗОН, розчин для ін'єкцій, 4 мг/мл, по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247342-20/3-39 від 13.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКСАМЕТАЗОН, розчин для ін'єкцій, 4 мг/мл, по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247342-20/3-39 від 13.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКСАМЕТАЗОН, розчин для ін'єкцій, 4 мг/мл, по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247341-20/3-39 від 13.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКСАМЕТАЗОН КРКА, таблетки, по 4 мг або по 8 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247341-20/3-39 від 13.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКСАМЕТАЗОН КРКА, таблетки, по 4 мг або по 8 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247341-20/3-39 від 13.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКСАМЕТАЗОН КРКА, таблетки, по 4 мг або по 8 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247341-20/3-39 від 13.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКСАМЕТАЗОН КРКА, таблетки, по 4 мг або по 8 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247341-20/3-39 від 13.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКСАМЕТАЗОН КРКА, таблетки, по 4 мг або по 8 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247341-20/3-39 від 13.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКСАМЕТАЗОН КРКА, таблетки, по 4 мг або по 8 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1, 2 або 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240548-20/B-114 від 11.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКСАМЕТАЗОН-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 4 мг/мл; по 1 мл в ампулі; по 5 або по 10 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240548-20/B-114 від 11.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКСАМЕТАЗОН-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 4 мг/мл; по 1 мл в ампулі; по 5 або по 10 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240548-20/B-114 від 11.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКСАМЕТАЗОН-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 4 мг/мл; по 1 мл в ампулі; по 5 або по 10 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **243074-20/3-130 від 15.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКСДОР, концентрат для розчину для інфузій 100 мкг/мл по 2 мл в ампулі; по 5 або 25 ампул у картонній коробці; по 4 мл або по 10 мл у флаконі; по 4 флакони у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фінляндія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **243074-20/3-130 від 15.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКСДОР, концентрат для розчину для інфузій 100 мкг/мл по 2 мл в ампулі; по 5 або 25 ампул у картонній коробці; по 4 мл або по 10 мл у флаконі; по 4 флакони у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фінляндія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **243074-20/3-130 від 15.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКСДОР, концентрат для розчину для інфузій 100 мкг/мл по 2 мл в ампулі; по 5 або 25 ампул у картонній коробці; по 4 мл або по 10 мл у флаконі; по 4 флакони у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фінляндія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250916-21/З-94 від 19.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕПРАТАЛ, таблетки кишковорозчинні по 60 мг, по 7 таблеток у блістері, по 1 або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Адамед Фарма", Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250916-21/3-94 від 19.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕПРАТАЛ, таблетки кишковорозчинні по 60 мг, по 7 таблеток у блістері, по 1 або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Адамед Фарма", Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250916-21/3-94 від 19.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕПРАТАЛ, таблетки кишковорозчинні по 60 мг, по 7 таблеток у блістері, по 1 або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Адамед Фарма", Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250917-21/3-94 від 19.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕПРАТАЛ, таблетки кишковорозчинні по 30 мг, по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Адамед Фарма", Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250917-21/3-94 від 19.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕПРАТАЛ, таблетки кишковорозчинні по 30 мг, по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Адамед Фарма", Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250917-21/3-94 від 19.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕПРАТАЛ, таблетки кишковорозчинні по 30 мг, по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Адамед Фарма", Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246998-20/3-130 від 10.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИНАСТАТ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 40 мг; 5 флаконів з ліофілізатом у комплекті з 5 ампулами розчинника по 2 мл (натрію хлорид, вода для ін'єкцій) у картонній коробці;<br>10 флаконів з ліофілізатом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246998-20/3-130 від 10.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИНАСТАТ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 40 мг; 5 флаконів з ліофілізатом у комплекті з 5 ампулами розчинника по 2 мл (натрію хлорид, вода для ін'єкцій) у картонній коробці;<br>10 флаконів з ліофілізатом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246998-20/3-130 від 10.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИНАСТАТ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 40 мг; 5 флаконів з ліофілізатом у комплекті з 5 ампулами розчинника по 2 мл (натрію хлорид, вода для ін'єкцій) у картонній коробці;<br>10 флаконів з ліофілізатом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246998-20/3-130 від 10.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИНАСТАТ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 40 мг; 5 флаконів з ліофілізатом у комплекті з 5 ампулами розчинника по 2 мл (натрію хлорид, вода для ін'єкцій) у картонній коробці;<br>10 флаконів з ліофілізатом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246998-20/3-130 від 10.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИНАСТАТ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 40 мг; 5 флаконів з ліофілізатом у комплекті з 5 ампулами розчинника по 2 мл (натрію хлорид, вода для ін'єкцій) у картонній коробці;<br>10 флаконів з ліофілізатом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246998-20/3-130 від 10.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИНАСТАТ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 40 мг; 5 флаконів з ліофілізатом у комплекті з 5 ампулами розчинника по 2 мл (натрію хлорид, вода для ін'єкцій) у картонній коробці;<br>10 флаконів з ліофілізатом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240973-20/В-45 від 17.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИТИЛІН-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл; по 5 мл в ампулі; по 10 ампул у коробці; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240973-20/B-45 від 17.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИТИЛІН-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл; по 5 мл в ампулі; по 10 ампул у коробці; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240973-20/B-45 від 17.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИТИЛІН-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл; по 5 мл в ампулі; по 10 ампул у коробці; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253542-21/3-94, 253543-21/3-94, 253544-21/3-94 від 03.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОКСЕПІН, капсули по 10 мг або по 25 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253542-21/3-94, 253543-21/3-94, 253544-21/3-94 від 03.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОКСЕПІН, капсули по 10 мг або по 25 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253542-21/3-94, 253543-21/3-94, 253544-21/3-94 від 03.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОКСЕПІН, капсули по 10 мг або по 25 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253542-21/3-94, 253543-21/3-94, 253544-21/3-94 від 03.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОКСЕПІН, капсули по 10 мг або по 25 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253542-21/3-94, 253543-21/3-94, 253544-21/3-94 від 03.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОКСЕПІН, капсули по 10 мг або по 25 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253542-21/3-94, 253543-21/3-94, 253544-21/3-94 від 03.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОКСЕПІН, капсули по 10 мг або по 25 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249277-20/3-126 від 16.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОНА®, порошок для орального розчину; по 20 або 30 саше з порошком в картонній коробці** |
| **Заявник** | **МЕДА Фарма ГмбХ енд Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249277-20/3-126 від 16.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОНА®, порошок для орального розчину; по 20 або 30 саше з порошком в картонній коробці** |
| **Заявник** | **МЕДА Фарма ГмбХ енд Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249277-20/3-126 від 16.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОНА®, порошок для орального розчину; по 20 або 30 саше з порошком в картонній коробці** |
| **Заявник** | **МЕДА Фарма ГмбХ енд Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249676-20/3-82 від 23.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОНА®, розчин для ін'єкцій по 2 мл в ампулі А в комплекті з 1 мл розчинника (діетаноламін, вода для ін`єкцій) в ампулі В; по 6 ампул А та 6 ампул В у футлярі; по 1 футляру в коробці з картону** |
| **Заявник** | **МЕДА Фарма ГмбХ енд Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249676-20/3-82 від 23.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОНА®, розчин для ін'єкцій по 2 мл в ампулі А в комплекті з 1 мл розчинника (діетаноламін, вода для ін`єкцій) в ампулі В; по 6 ампул А та 6 ампул В у футлярі; по 1 футляру в коробці з картону** |
| **Заявник** | **МЕДА Фарма ГмбХ енд Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | |
|---|---|
| | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249676-20/3-82 від 23.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОНА®, розчин для ін'єкцій по 2 мл в ампулі А в комплекті з 1 мл розчинника (діетаноламін, вода для ін`єкцій) в ампулі В; по 6 ампул А та 6 ампул В у футлярі; по 1 футляру в коробці з картону** |
| **Заявник** | **МЕДА Фарма ГмбХ енд Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248429-20/3-121 від 02.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОРЗОЛ®, краплі очні, розчин 2 %; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ядран-Галенський Лабораторій д.д., Хорватія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248429-20/3-121 від 02.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОРЗОЛ®, краплі очні, розчин 2 %; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ядран-Галенський Лабораторій д.д., Хорватія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248429-20/3-121 від 02.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОРЗОЛ®, краплі очні, розчин 2 %; по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ядран-Галенський Лабораторій д.д., Хорватія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255153-21/3-132, 255154-21/3-132 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДРОСПІФЕМ® 20, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,02 мг/3 мг; по 28 таблеток у блістері (24 активні таблетки рожевого кольору + 4 таблетки плацебо білого кольору); по 1, або по 3, або по 6 блістерів в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255153-21/3-132, 255154-21/3-132 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДРОСПІФЕМ® 20, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,02 мг/3 мг; по 28 таблеток у блістері (24 активні таблетки рожевого кольору + 4 таблетки плацебо білого кольору); по 1, або по 3, або по 6 блістерів в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255153-21/3-132, 255154-21/3-132 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДРОСПІФЕМ® 20, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,02 мг/3 мг; по 28 таблеток у блістері (24 активні таблетки рожевого кольору + 4 таблетки плацебо білого кольору); по 1, або по 3, або по 6 блістерів в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255410-21/B-39, 255415-21/B-39 від 06.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДРОСПІФЕМ® 30, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,03 мг/3 мг, по 21 таблетці у блістері, по 1, або по 3, або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255410-21/B-39, 255415-21/B-39 від 06.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДРОСПІФЕМ® 30, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,03 мг/3 мг, по 21 таблетці у блістері, по 1, або по 3, або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255410-21/B-39, 255415-21/B-39 від 06.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДРОСПІФЕМ® 30, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,03 мг/3 мг, по 21 таблетці у блістері, по 1, або по 3, або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251707-21/B-88 від 04.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВКАФІЛІПТ®, спрей; по 20 мл у флаконі скляному зі спрей-насосом та насадкою поворотною; по 1 флакону в пачці з картону; по 50 мл у флаконі скляному зі спрей-насосом та насадкою горловою; по 1 флакону в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251707-21/B-88 від 04.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВКАФІЛІПТ®, спрей; по 20 мл у флаконі скляному зі спрей-насосом та насадкою поворотною; по 1 флакону в пачці з картону; по 50 мл у флаконі скляному зі спрей-насосом та насадкою горловою; по 1 флакону в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251707-21/B-88 від 04.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВКАФІЛІПТ®, спрей; по 20 мл у флаконі скляному зі спрей-насосом та насадкою поворотною; по 1 флакону в пачці з картону; по 50 мл у флаконі скляному зі спрей-насосом та насадкою горловою; по 1 флакону в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252381-21/B-96, 252382-21/B-96, 252383-21/B-96, 252384-21/B-96 від 16.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВКОЛЕК, супозиторії по 0,05 г, по 5 супозиторіїв у блістері, по 1 або 2 блістери у пачці;**<br>**in bulk № 1000: по 5 супозиторіїв у блістері; по 200 блістерів у ящику;** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252381-21/B-96, 252382-21/B-96, 252383-21/B-96, 252384-21/B-96 від 16.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВКОЛЕК, супозиторії по 0,05 г, по 5 супозиторіїв у блістері, по 1 або 2 блістери у пачці;**<br>**in bulk № 1000: по 5 супозиторіїв у блістері; по 200 блістерів у ящику;** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252381-21/B-96, 252382-21/B-96, 252383-21/B-96, 252384-21/B-96 від 16.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВКОЛЕК, супозиторії по 0,05 г, по 5 супозиторіїв у блістері, по 1 або 2 блістери у пачці;**<br>**in bulk № 1000: по 5 супозиторіїв у блістері; по 200 блістерів у ящику;** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252381-21/B-96, 252382-21/B-96, 252383-21/B-96, 252384-21/B-96 від 16.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВКОЛЕК, супозиторії по 0,05 г, по 5 супозиторіїв у блістері, по 1 або 2 блістери у пачці;**<br>**in bulk № 1000: по 5 супозиторіїв у блістері; по 200 блістерів у ящику;** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252381-21/B-96, 252382-21/B-96, 252383-21/B-96, 252384-21/B-96 від 16.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВКОЛЕК, супозиторії по 0,05 г, по 5 супозиторіїв у блістері, по 1 або 2 блістери у пачці;**<br>**in bulk № 1000: по 5 супозиторіїв у блістері; по 200 блістерів у ящику;** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252381-21/B-96, 252382-21/B-96, 252383-21/B-96, 252384-21/B-96 від 16.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕВКОЛЕК, супозиторії по 0,05 г, по 5 супозиторіїв у блістері, по 1 або 2 блістери у пачці;**<br>**in bulk № 1000: по 5 супозиторіїв у блістері; по 200 блістерів у ящику;** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254066-21/B-39 від 11.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКЗОДЕРИЛ® ЛАК, лак для нігтів лікувальний, 5 % розчин; по 2,5 мл або 5 мл у флаконі; по 1 флакону разом з 10 лопаточками, 30 тампонами для очищення та 30 пилочками для нігтів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254066-21/В-39 від 11.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКЗОДЕРИЛ® ЛАК, лак для нігтів лікувальний, 5 % розчин; по 2,5 мл або 5 мл у флаконі; по 1 флакону разом з 10 лопаточками, 30 тампонами для очищення та 30 пилочками для нігтів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254066-21/B-39 від 11.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКЗОДЕРИЛ® ЛАК, лак для нігтів лікувальний, 5 % розчин; по 2,5 мл або 5 мл у флаконі; по 1 флакону разом з 10 лопаточками, 30 тампонами для очищення та 30 пилочками для нігтів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244014-20/3-132 від 24.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСТЕНЦЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або 1000 мг, 1 флакон з порошком у пачці з картону** |
| **Заявник** | **М.Біотек Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244014-20/3-132 від 24.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСТЕНЦЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або 1000 мг, 1 флакон з порошком у пачці з картону** |
| **Заявник** | **М.Біотек Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244014-20/3-132 від 24.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСТЕНЦЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або 1000 мг, 1 флакон з порошком у пачці з картону** |
| **Заявник** | **М.Біотек Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244014-20/3-132 від 24.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСТЕНЦЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або 1000 мг, 1 флакон з порошком у пачці з картону** |
| **Заявник** | **М.Біотек Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244014-20/3-132 від 24.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСТЕНЦЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або 1000 мг, 1 флакон з порошком у пачці з картону** |
| **Заявник** | **М.Біотек Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244014-20/3-132 від 24.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСТЕНЦЕФ, порошок для розчину для ін'єкцій по 500 мг або 1000 мг, 1 флакон з порошком у пачці з картону** |
| **Заявник** | **М.Біотек Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250873-21/В-88 від 19.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕНОКСАПАРИН-ФАРМЕКС, розчин для ін'єкцій, 10000 анти-Ха МО/мл; по 3 мл в багатодозовому флаконі; по 1 багатодозовому флакону в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМЕКС ГРУП", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250873-21/В-88 від 19.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕНОКСАПАРИН-ФАРМЕКС, розчин для ін'єкцій, 10000 анти-Ха МО/мл; по 3 мл в багатодозовому флаконі; по 1 багатодозовому флакону в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМЕКС ГРУП", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250873-21/В-88 від 19.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕНОКСАПАРИН-ФАРМЕКС, розчин для ін'єкцій, 10000 анти-Ха МО/мл; по 3 мл в багатодозовому флаконі; по 1 багатодозовому флакону в контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМЕКС ГРУП", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **245035-20/3-133 від 08.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОЛЕВІСТА, розчин для інфузій 5 мг/100 мл, по 100 мл в контейнері в захисному пакеті в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **245035-20/3-133 від 08.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОЛЕВІСТА, розчин для інфузій 5 мг/100 мл, по 100 мл в контейнері в захисному пакеті в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **245035-20/3-133 від 08.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОЛЕВІСТА, розчин для інфузій 5 мг/100 мл, по 100 мл в контейнері в захисному пакеті в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248808-20/3-88 від 08.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОЛОФТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248808-20/3-88 від 08.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОЛОФТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248808-20/3-88 від 08.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОЛОФТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247222-20/3-50, 247223-20/3-50, 247224-20/3-50, 247225-20/3-50, 247226-20/3-50, 247227-20/3-50, 247228-20/3-50 від 12.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗУЛЬБЕКС®, таблетки кишковорозчинні по 10 мг, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1, 2 або по 4 блістери в картоннній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247222-20/3-50, 247223-20/3-50, 247224-20/3-50, 247225-20/3-50, 247226-20/3-50, 247227-20/3-50, 247228-20/3-50 від 12.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗУЛЬБЕКС®, таблетки кишковорозчинні по 10 мг, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1, 2 або по 4 блістери в картоннній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247222-20/3-50, 247223-20/3-50, 247224-20/3-50, 247225-20/3-50, 247226-20/3-50, 247227-20/3-50, 247228-20/3-50 від 12.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗУЛЬБЕКС®, таблетки кишковорозчинні по 10 мг, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1, 2 або по 4 блістери в картоннній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247222-20/3-50, 247223-20/3-50, 247224-20/3-50, 247225-20/3-50, 247226-20/3-50, 247227-20/3-50, 247228-20/3-50 від 12.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗУЛЬБЕКС®, таблетки кишковорозчинні по 10 мг, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1, 2 або по 4 блістери в картоннній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247222-20/3-50, 247223-20/3-50, 247224-20/3-50, 247225-20/3-50, 247226-20/3-50, 247227-20/3-50, 247228-20/3-50 від 12.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗУЛЬБЕКС®, таблетки кишковорозчинні по 10 мг, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1, 2 або по 4 блістери в картоннній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247222-20/3-50, 247223-20/3-50, 247224-20/3-50, 247225-20/3-50, 247226-20/3-50, 247227-20/3-50, 247228-20/3-50 від 12.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗУЛЬБЕКС®, таблетки кишковорозчинні по 10 мг, по 20 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1, 2 або по 4 блістери в картоннній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253058-21/3-86 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІБАНДРОНОВА КИСЛОТА-ВІСТА 150 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг, по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253058-21/3-86 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІБАНДРОНОВА КИСЛОТА-ВІСТА 150 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг, по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253058-21/3-86 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІБАНДРОНОВА КИСЛОТА-ВІСТА 150 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг, по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252341-21/З-88 від 16.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІБРАНС, капсули по 75 мг, по 100 мг або по 125 мг по 7 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252341-21/3-88 від 16.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІБРАНС, капсули по 75 мг, по 100 мг або по 125 мг по 7 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252341-21/3-88 від 16.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІБРАНС, капсули по 75 мг, по 100 мг або по 125 мг по 7 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252341-21/З-88 від 16.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІБРАНС, капсули по 75 мг, по 100 мг або по 125 мг по 7 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252341-21/3-88 від 16.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІБРАНС, капсули по 75 мг, по 100 мг або по 125 мг по 7 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252341-21/3-88 від 16.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІБРАНС, капсули по 75 мг, по 100 мг або по 125 мг по 7 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252341-21/З-88 від 16.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІБРАНС, капсули по 75 мг, по 100 мг або по 125 мг по 7 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252341-21/3-88 від 16.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІБРАНС, капсули по 75 мг, по 100 мг або по 125 мг по 7 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252341-21/3-88 від 16.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІБРАНС, капсули по 75 мг, по 100 мг або по 125 мг по 7 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252452-21/В-133 від 17.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІБУПРОФЕН БЕБІ, суспензія оральна, 100 мг/5 мл по 100 мл або по 200 мл у флаконі; по 1 флакону разом з дозуючим пристроєм у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252452-21/В-133 від 17.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІБУПРОФЕН БЕБІ, суспензія оральна, 100 мг/5 мл по 100 мл або по 200 мл у флаконі; по 1 флакону разом з дозуючим пристроєм у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252452-21/В-133 від 17.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІБУПРОФЕН БЕБІ, суспензія оральна, 100 мг/5 мл по 100 мл або по 200 мл у флаконі; по 1 флакону разом з дозуючим пристроєм у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251611-21/3-36 від 02.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІЗБА®, краплі очні, 30 мкг/мл; по 2,5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 або 3 флакони-крапельниці в проміжній упаковці з фольги у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251611-21/3-36 від 02.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІЗБА®, краплі очні, 30 мкг/мл; по 2,5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 або 3 флакони-крапельниці в проміжній упаковці з фольги у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251611-21/3-36 від 02.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІЗБА®, краплі очні, 30 мкг/мл; по 2,5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 або 3 флакони-крапельниці в проміжній упаковці з фольги у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **241313-20/З-128, 244699-20/З-36, 245329-20/З-128 від 19.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМОДІУМ®, капсули по 2 мг; по 6 або 20 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці** |
| **Заявник** | **МакНіл Продактс Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **241313-20/З-128, 244699-20/З-36, 245329-20/З-128 від 19.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМОДІУМ®, капсули по 2 мг; по 6 або 20 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці** |
| **Заявник** | **МакНіл Продактс Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **241313-20/З-128, 244699-20/З-36, 245329-20/З-128 від 19.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМОДІУМ®, капсули по 2 мг; по 6 або 20 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці** |
| **Заявник** | **МакНіл Продактс Лімітед, Англія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244939-20/B-28 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМУНО-ТОН®, сироп по 100 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 100 або 200 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці.**<br>**in bulk: по 100 мл у банці; по 48 банок у коробі картонному;**<br>**in bulk: по 200 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244939-20/B-28 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМУНО-ТОН®, сироп по 100 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 100 або 200 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці.<br>in bulk: по 100 мл у банці; по 48 банок у коробі картонному;<br>in bulk: по 200 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244939-20/B-28 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМУНО-ТОН®, сироп по 100 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 100 або 200 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці.<br>in bulk: по 100 мл у банці; по 48 банок у коробі картонному;<br>in bulk: по 200 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244940-20/B-28 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМУНО-ТОН®, сироп по 100 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 100 або 200 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці.**<br>**in bulk: по 100 мл у банці; по 48 банок у коробі картонному;**<br>**in bulk: по 200 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244940-20/B-28 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМУНО-ТОН®, сироп по 100 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 100 або 200 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці.**<br>**in bulk: по 100 мл у банці; по 48 банок у коробі картонному;**<br>**in bulk: по 200 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244940-20/B-28 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМУНО-ТОН®, сироп по 100 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 100 або 200 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці.**<br>**in bulk: по 100 мл у банці; по 48 банок у коробі картонному;**<br>**in bulk: по 200 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244941-20/B-28 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМУНО-ТОН®, сироп по 100 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 100 або 200 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці.**<br>**in bulk: по 100 мл у банці; по 48 банок у коробі картонному;**<br>**in bulk: по 200 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244941-20/B-28 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМУНО-ТОН®, сироп по 100 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 100 або 200 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці.<br>in bulk: по 100 мл у банці; по 48 банок у коробі картонному;<br>in bulk: по 200 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244941-20/B-28 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМУНО-ТОН®, сироп по 100 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 100 або 200 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці.**<br>**in bulk: по 100 мл у банці; по 48 банок у коробі картонному;**<br>**in bulk: по 200 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244939-20/B-28 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМУНО-ТОН®, сироп по 100 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 100 або 200 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці.**<br>**in bulk: по 100 мл у банці; по 48 банок у коробі картонному;**<br>**in bulk: по 200 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244939-20/B-28 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМУНО-ТОН®, сироп по 100 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 100 або 200 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці.<br>in bulk: по 100 мл у банці; по 48 банок у коробі картонному;<br>in bulk: по 200 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244939-20/B-28 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМУНО-ТОН®, сироп по 100 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 100 або 200 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці.<br>in bulk: по 100 мл у банці; по 48 банок у коробі картонному;<br>in bulk: по 200 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244940-20/B-28 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМУНО-ТОН®, сироп по 100 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 100 або 200 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці.**<br>**in bulk: по 100 мл у банці; по 48 банок у коробі картонному;**<br>**in bulk: по 200 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244940-20/B-28 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМУНО-ТОН®, сироп по 100 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 100 або 200 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці.**<br>**in bulk: по 100 мл у банці; по 48 банок у коробі картонному;**<br>**in bulk: по 200 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244940-20/B-28 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМУНО-ТОН®, сироп по 100 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 100 або 200 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці.**<br>**in bulk: по 100 мл у банці; по 48 банок у коробі картонному;**<br>**in bulk: по 200 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244941-20/B-28 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМУНО-ТОН®, сироп по 100 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 100 або 200 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці.**<br>**in bulk: по 100 мл у банці; по 48 банок у коробі картонному;**<br>**in bulk: по 200 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244941-20/B-28 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМУНО-ТОН®, сироп по 100 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 100 або 200 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці.<br>in bulk: по 100 мл у банці; по 48 банок у коробі картонному;<br>in bulk: по 200 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244941-20/B-28 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІМУНО-ТОН®, сироп по 100 мл у банці; по 1 банці у пачці; по 100 або 200 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці.**<br>**in bulk: по 100 мл у банці; по 48 банок у коробі картонному;**<br>**in bulk: по 200 мл у флаконі; по 30 флаконів у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **239018-20/3-50, 254429-21/3-50, 256104-21/3-50 від 16.07.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНФУЛГАН, розчин для інфузій 10 мг/мл; по 20 мл, 50 мл або 100 мл в пляшці; по 1 пляшці в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **239018-20/3-50, 254429-21/3-50, 256104-21/3-50 від 16.07.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНФУЛГАН, розчин для інфузій 10 мг/мл; по 20 мл, 50 мл або 100 мл в пляшці; по 1 пляшці в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **239018-20/3-50, 254429-21/3-50, 256104-21/3-50 від 16.07.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІНФУЛГАН, розчин для інфузій 10 мг/мл; по 20 мл, 50 мл або 100 мл в пляшці; по 1 пляшці в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "Юрія-Фарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250678-21/3-132, 250679-21/3-132 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІТОПРИД КСАНТІС, таблетки по 50 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 4 або по 10 блістерів в картонну пачку** |
| **Заявник** | **"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250678-21/3-132, 250679-21/3-132 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІТОПРИД КСАНТІС, таблетки по 50 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 4 або по 10 блістерів в картонну пачку** |
| **Заявник** | **"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250678-21/3-132, 250679-21/3-132 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІТОПРИД КСАНТІС, таблетки по 50 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 4 або по 10 блістерів в картонну пачку** |
| **Заявник** | **"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253720-21/B-97, 253721-21/B-97, 253722-21/B-97, 253723-21/B-97, 253724-21/B-97, 256532-21/B-97 від 05.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІХТІОЛ, супозиторії ректальні по 0,2 г, по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Монфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253720-21/B-97, 253721-21/B-97, 253722-21/B-97, 253723-21/B-97, 253724-21/B-97, 256532-21/B-97 від 05.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІХТІОЛ, супозиторії ректальні по 0,2 г, по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Монфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | |
|---|---|
| | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253720-21/B-97, 253721-21/B-97, 253722-21/B-97, 253723-21/B-97, 253724-21/B-97, 256532-21/B-97 від 05.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІХТІОЛ, супозиторії ректальні по 0,2 г, по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Монфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | |
|---|---|
| | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253765-21/B-96 від 05.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЙОД, розчин для зовнішнього застосування, спиртовий 5 % по 10 мл, або по 20 мл, або по 100 мл у флаконах** |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253765-21/B-96 від 05.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЙОД, розчин для зовнішнього застосування, спиртовий 5 % по 10 мл, або по 20 мл, або по 100 мл у флаконах** |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253765-21/B-96 від 05.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЙОД, розчин для зовнішнього застосування, спиртовий 5 % по 10 мл, або по 20 мл, або по 100 мл у флаконах** |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253436-21/В-28 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛІЮ ПЕРМАНГАНАТ, порошок для розчину для зовнішнього застосування по 5 г**<br>**1 флакон з порошком** |
| **Заявник** | **ТОВ "Исток-Плюс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253436-21/В-28 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛІЮ ПЕРМАНГАНАТ, порошок для розчину для зовнішнього застосування по 5 г**<br>**1 флакон з порошком** |
| **Заявник** | **ТОВ "Исток-Плюс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253436-21/В-28 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛІЮ ПЕРМАНГАНАТ, порошок для розчину для зовнішнього застосування по 5 г**<br>**1 флакон з порошком** |
| **Заявник** | **ТОВ "Исток-Плюс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **224696-19/B-92 від 16.12.2019** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛЬЦІЮ СЕНОЗИДИ А І В 20 %, порошок мікронізований (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Лубнифарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **224696-19/B-92 від 16.12.2019** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛЬЦІЮ СЕНОЗИДИ А І В 20 %, порошок мікронізований (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Лубнифарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **224696-19/B-92 від 16.12.2019** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛЬЦІЮ СЕНОЗИДИ А І В 20 %, порошок мікронізований (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Лубнифарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252031-21/В-126 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАРДІОАРГІНІН-ЗДОРОВ'Я, Сироп; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканом у коробці з картону;**<br>**по 100 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканом у коробці з картону;**<br>**in bulk: по 50 л у бочках** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252031-21/В-126 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАРДІОАРГІНІН-ЗДОРОВ'Я, Сироп; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканом у коробці з картону;**<br>**по 100 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканом у коробці з картону;**<br>**in bulk: по 50 л у бочках** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252031-21/В-126 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАРДІОАРГІНІН-ЗДОРОВ'Я, Сироп; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканом у коробці з картону;**<br>**по 100 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканом у коробці з картону;**<br>**in bulk: по 50 л у бочках** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252031-21/В-126 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАРДІОАРГІНІН-ЗДОРОВ'Я, Сироп; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканом у коробці з картону;**<br>**по 100 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканом у коробці з картону;**<br>**in bulk: по 50 л у бочках** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252031-21/В-126 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАРДІОАРГІНІН-ЗДОРОВ'Я, Сироп; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканом у коробці з картону;**<br>**по 100 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканом у коробці з картону;**<br>**in bulk: по 50 л у бочках** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252031-21/В-126 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАРДІОАРГІНІН-ЗДОРОВ'Я, Сироп; по 50 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканом у коробці з картону;**<br>**по 100 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканом у коробці з картону;**<br>**in bulk: по 50 л у бочках** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249480-20/3-134 від 21.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАРМЕТАДИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, з модифікованим вивільненням, по 35 мг; по 30 таблеток у блістері з маркуванням українською та англійською мовами; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249480-20/3-134 від 21.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАРМЕТАДИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, з модифікованим вивільненням, по 35 мг; по 30 таблеток у блістері з маркуванням українською та англійською мовами; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249480-20/3-134 від 21.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАРМЕТАДИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, з модифікованим вивільненням, по 35 мг; по 30 таблеток у блістері з маркуванням українською та англійською мовами; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251861-21/B-94, 253553-21/B-94 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КВАТТРЕКС, капсули по 250 мг, по 10 капсул у блістері; по 2 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251861-21/B-94, 253553-21/B-94 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КВАТТРЕКС, капсули по 250 мг, по 10 капсул у блістері; по 2 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251861-21/B-94, 253553-21/B-94 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КВАТТРЕКС, капсули по 250 мг, по 10 капсул у блістері; по 2 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250374-21/В-06, 250375-21/В-06, 250376-21/В-06, 250377-21/В-06, 250378-21/В-06, 250379-21/В-06, 250380-21/В-06, 250381-21/В-06 від 06.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЕТОЛОНГ-ДАРНИЦЯ®, таблетки по 10 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250374-21/B-06, 250375-21/B-06, 250376-21/B-06, 250377-21/B-06, 250378-21/B-06, 250379-21/B-06, 250380-21/B-06, 250381-21/B-06 від 06.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЕТОЛОНГ-ДАРНИЦЯ®, таблетки по 10 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250374-21/B-06, 250375-21/B-06, 250376-21/B-06, 250377-21/B-06, 250378-21/B-06, 250379-21/B-06, 250380-21/B-06, 250381-21/B-06 від 06.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЕТОЛОНГ-ДАРНИЦЯ®, таблетки по 10 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246653-20/В-28 від 04.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЕТОТИФЕН СОФАРМА, таблетки по 1 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246653-20/B-28 від 04.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЕТОТИФЕН СОФАРМА, таблетки по 1 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246653-20/В-28 від 04.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЕТОТИФЕН СОФАРМА, таблетки по 1 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249867-20/B-134 від 28.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛЕКСАН®, розчин для ін'єкцій, 10 000 анти-Ха МО/1 мл № 2: по 0,8 мл у шприц-дозі із захисною системою голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249867-20/B-134 від 28.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛЕКСАН®, розчин для ін'єкцій, 10 000 анти-Ха МО/1 мл № 2: по 0,8 мл у шприц-дозі із захисною системою голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249867-20/B-134 від 28.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛЕКСАН®, розчин для ін'єкцій, 10 000 анти-Ха МО/1 мл № 2: по 0,8 мл у шприц-дозі із захисною системою голки; по 2 шприц-дози у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246040-20/3-100 від 27.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОМБІГАН®, краплі очні, по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 або 3 флакони-крапельниці в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Аллерган Фармасьютікалз Ірландія, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246040-20/3-100 від 27.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОМБІГАН®, краплі очні, по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 або 3 флакони-крапельниці в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Аллерган Фармасьютікалз Ірландія, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246040-20/3-100 від 27.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОМБІГАН®, краплі очні, по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 або 3 флакони-крапельниці в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Аллерган Фармасьютікалз Ірландія, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **257974-21/3-123 від 20.05.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОМІРНАТІ / COMIRNATY™, концентрат для дисперсії для ін'єкцій; 1 флакон (0,45 мл) містить 6 доз по 30 мкг; 195 флаконів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **257974-21/3-123 від 20.05.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОМІРНАТІ / COMIRNATY™, концентрат для дисперсії для ін'єкцій; 1 флакон (0,45 мл) містить 6 доз по 30 мкг; 195 флаконів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | |
|---|---|
| | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **257974-21/3-123 від 20.05.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОМІРНАТІ / COMIRNATY™, концентрат для дисперсії для ін'єкцій; 1 флакон (0,45 мл) містить 6 доз по 30 мкг; 195 флаконів у картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | |
|---|---|
| | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253519-21/3-130 від 02.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОНЦЕРТА®, таблетки пролонгованої дії по 18 мг; по 28 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Джонсон і Джонсон Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253519-21/3-130 від 02.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОНЦЕРТА®, таблетки пролонгованої дії по 18 мг; по 28 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Джонсон і Джонсон Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253519-21/3-130 від 02.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОНЦЕРТА®, таблетки пролонгованої дії по 18 мг; по 28 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Джонсон і Джонсон Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248545-20/В-28 від 02.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОРВАЛОЛ-ДАРНИЦЯ®, краплі оральні, розчин по 25 мл або по 40 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248545-20/B-28 від 02.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОРВАЛОЛ-ДАРНИЦЯ®, краплі оральні, розчин по 25 мл або по 40 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248545-20/В-28 від 02.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОРВАЛОЛ-ДАРНИЦЯ®, краплі оральні, розчин по 25 мл або по 40 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **241670-20/B-97 від 25.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОРНЕРЕГЕЛЬ®, гель очний, 50 мг/г, по 5 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **241670-20/B-97 від 25.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОРНЕРЕГЕЛЬ®, гель очний, 50 мг/г, по 5 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **241670-20/B-97 від 25.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОРНЕРЕГЕЛЬ®, гель очний, 50 мг/г, по 5 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251805-21/В-134 від 08.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОСТАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251805-21/B-134 від 08.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОСТАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251805-21/B-134 від 08.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОСТАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251805-21/В-134 від 08.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОСТАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251805-21/B-134 від 08.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОСТАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251805-21/B-134 від 08.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОСТАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251805-21/В-134 від 08.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОСТАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251805-21/B-134 від 08.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОСТАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251805-21/B-134 від 08.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОСТАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251805-21/В-134 від 08.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОСТАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251805-21/B-134 від 08.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОСТАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251805-21/B-134 від 08.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОСТАРОКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською мовою;**<br><br>**таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **227949-20/З-88, 227950-20/З-88, 227951-20/З-88, 227952-20/З-88, 252025-21/З-88 від 07.02.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСАМІОЛ®, гель по 15 г, 30 г або 60 г у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЛЕО Фарма А/С, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **227949-20/3-88, 227950-20/3-88, 227951-20/3-88, 227952-20/3-88, 252025-21/3-88 від 07.02.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСАМІОЛ®, гель по 15 г, 30 г або 60 г у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЛЕО Фарма А/С, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **227949-20/3-88, 227950-20/3-88, 227951-20/3-88, 227952-20/3-88, 252025-21/3-88 від 07.02.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСАМІОЛ®, гель по 15 г, 30 г або 60 г у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЛЕО Фарма А/С, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251873-21/3-96, 251874-21/3-96 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСИЛО-ТЕВА , спрей назальний, розчин 0,5 мг/мл; 1 мг/мл по 10 мл у скляному флаконі з дозатором; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251873-21/3-96, 251874-21/3-96 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСИЛО-ТЕВА , спрей назальний, розчин 0,5 мг/мл; 1 мг/мл по 10 мл у скляному флаконі з дозатором; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251873-21/3-96, 251874-21/3-96 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСИЛО-ТЕВА , спрей назальний, розчин 0,5 мг/мл; 1 мг/мл по 10 мл у скляному флаконі з дозатором; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251873-21/3-96, 251874-21/3-96 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСИЛО-ТЕВА , спрей назальний, розчин 0,5 мг/мл; 1 мг/мл по 10 мл у скляному флаконі з дозатором; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251873-21/3-96, 251874-21/3-96 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСИЛО-ТЕВА , спрей назальний, розчин 0,5 мг/мл; 1 мг/мл по 10 мл у скляному флаконі з дозатором; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251873-21/3-96, 251874-21/3-96 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСИЛО-ТЕВА , спрей назальний, розчин 0,5 мг/мл; 1 мг/мл по 10 мл у скляному флаконі з дозатором; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **238387-20/B-128, 238388-20/B-128 від 08.07.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАФЕРОБІОН, порошок назальний, по 100 000 МО; 5 флаконів з порошком у блістері; по 2 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **238387-20/B-128, 238388-20/B-128 від 08.07.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАФЕРОБІОН, порошок назальний, по 100 000 МО; 5 флаконів з порошком у блістері; по 2 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **238387-20/B-128, 238388-20/B-128 від 08.07.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАФЕРОБІОН, порошок назальний, по 100 000 МО; 5 флаконів з порошком у блістері; по 2 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **236747-20/3-132 від 15.06.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВАСЕПТ, розчин для інфузій, 500 мг/100 мл по 100 мл в контейнері; по 1 контейнеру в полівінілхлоридній плівці в коробці** |
| **Заявник** | **Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **236747-20/3-132 від 15.06.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВАСЕПТ, розчин для інфузій, 500 мг/100 мл по 100 мл в контейнері; по 1 контейнеру в полівінілхлоридній плівці в коробці** |
| **Заявник** | **Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **236747-20/3-132 від 15.06.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВАСЕПТ, розчин для інфузій, 500 мг/100 мл по 100 мл в контейнері; по 1 контейнеру в полівінілхлоридній плівці в коробці** |
| **Заявник** | **Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254500-21/B-94, 254501-21/B-94 від 23.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВІЦИТАМ 250, ЛЕВІЦИТАМ 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254500-21/B-94, 254501-21/B-94 від 23.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВІЦИТАМ 250, ЛЕВІЦИТАМ 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254500-21/B-94, 254501-21/B-94 від 23.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВІЦИТАМ 250, ЛЕВІЦИТАМ 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254500-21/B-94, 254501-21/B-94 від 23.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВІЦИТАМ 250, ЛЕВІЦИТАМ 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254500-21/B-94, 254501-21/B-94 від 23.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВІЦИТАМ 250, ЛЕВІЦИТАМ 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254500-21/B-94, 254501-21/B-94 від 23.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВІЦИТАМ 250, ЛЕВІЦИТАМ 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253767-21/B-96 від 05.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОМІЦЕТИНУ РОЗЧИН СПИРТОВИЙ 0,25%, розчин нашкірний, спиртовий 0,25 % по 25 мл у флаконах** |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253767-21/В-96 від 05.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОМІЦЕТИНУ РОЗЧИН СПИРТОВИЙ 0,25%, розчин нашкірний, спиртовий 0,25 % по 25 мл у флаконах** |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253767-21/В-96 від 05.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОМІЦЕТИНУ РОЗЧИН СПИРТОВИЙ 0,25%, розчин нашкірний, спиртовий 0,25 % по 25 мл у флаконах** |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254543-21/В-114 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОСИН, мазь; по 40 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254543-21/В-114 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОСИН, мазь; по 40 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254543-21/В-114 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОСИН, мазь; по 40 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253715-21/В-132 від 04.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253715-21/В-132 від 04.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253715-21/В-132 від 04.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253715-21/В-132 від 04.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253715-21/В-132 від 04.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253715-21/В-132 від 04.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг або по 500 мг; по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248142-20/B-45, 255938-21/B-45 від 26.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОЦИН-Н , розчин для інфузій, 500 мг/100 мл, по 100 мл або по 150 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248142-20/B-45, 255938-21/B-45 від 26.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОЦИН-Н , розчин для інфузій, 500 мг/100 мл, по 100 мл або по 150 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248142-20/B-45, 255938-21/B-45 від 26.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕВОЦИН-Н , розчин для інфузій, 500 мг/100 мл, по 100 мл або по 150 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **241815-20/B-98, 251246-21/B-98, 252092-21/B-98, 252103-21/B-98 від 26.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕГКОЛАКС, порошок для орального розчину по 150 г в поліетиленовій банці, по 1 банці в пачці разом з мірною ложкою; по 4,0 г в пакетах-саше по 4 або 10, або по 20 пакетів-саше в пачці порошок для орального розчину по 300 г в поліетиленовій банці, по 1 банці в пачці разом з мірною ложкою; по 10,0 г в пакетах-саше по 4 або 10, або по 20 пакетів-саше в пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Київмедпрепарат", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **241815-20/B-98, 251246-21/B-98, 252092-21/B-98, 252103-21/B-98 від 26.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕГКОЛАКС, порошок для орального розчину по 150 г в поліетиленовій банці, по 1 банці в пачці разом з мірною ложкою; по 4,0 г в пакетах-саше по 4 або 10, або по 20 пакетів-саше в пачці порошок для орального розчину по 300 г в поліетиленовій банці, по 1 банці в пачці разом з мірною ложкою; по 10,0 г в пакетах-саше по 4 або 10, або по 20 пакетів-саше в пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Київмедпрепарат", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **241815-20/B-98, 251246-21/B-98, 252092-21/B-98, 252103-21/B-98 від 26.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕГКОЛАКС, порошок для орального розчину по 150 г в поліетиленовій банці, по 1 банці в пачці разом з мірною ложкою; по 4,0 г в пакетах-саше по 4 або 10, або по 20 пакетів-саше в пачці порошок для орального розчину по 300 г в поліетиленовій банці, по 1 банці в пачці разом з мірною ложкою; по 10,0 г в пакетах-саше по 4 або 10, або по 20 пакетів-саше в пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Київмедпрепарат", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **241815-20/B-98, 251246-21/B-98, 252092-21/B-98, 252103-21/B-98 від 26.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕГКОЛАКС, порошок для орального розчину по 150 г в поліетиленовій банці, по 1 банці в пачці разом з мірною ложкою; по 4,0 г в пакетах-саше по 4 або 10, або по 20 пакетів-саше в пачці порошок для орального розчину по 300 г в поліетиленовій банці, по 1 банці в пачці разом з мірною ложкою; по 10,0 г в пакетах-саше по 4 або 10, або по 20 пакетів-саше в пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Київмедпрепарат", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **241815-20/B-98, 251246-21/B-98, 252092-21/B-98, 252103-21/B-98 від 26.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕГКОЛАКС, порошок для орального розчину по 150 г в поліетиленовій банці, по 1 банці в пачці разом з мірною ложкою; по 4,0 г в пакетах-саше по 4 або 10, або по 20 пакетів-саше в пачці порошок для орального розчину по 300 г в поліетиленовій банці, по 1 банці в пачці разом з мірною ложкою; по 10,0 г в пакетах-саше по 4 або 10, або по 20 пакетів-саше в пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Київмедпрепарат", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **241815-20/B-98, 251246-21/B-98, 252092-21/B-98, 252103-21/B-98 від 26.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕГКОЛАКС, порошок для орального розчину по 150 г в поліетиленовій банці, по 1 банці в пачці разом з мірною ложкою; по 4,0 г в пакетах-саше по 4 або 10, або по 20 пакетів-саше в пачці порошок для орального розчину по 300 г в поліетиленовій банці, по 1 банці в пачці разом з мірною ложкою; по 10,0 г в пакетах-саше по 4 або 10, або по 20 пакетів-саше в пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Київмедпрепарат", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247677-20/B-133 від 18.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІБЕРАТТІ® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 0,02 мг/3 мг, по 28 (24+4) таблеток у блістері, по 1 блістеру разом з календарною шкалою, тримачем для блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ВОРВАРТС ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247677-20/B-133 від 18.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІБЕРАТТІ® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 0,02 мг/3 мг, по 28 (24+4) таблеток у блістері, по 1 блістеру разом з календарною шкалою, тримачем для блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ВОРВАРТС ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247677-20/В-133 від 18.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІБЕРАТТІ® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 0,02 мг/3 мг, по 28 (24+4) таблеток у блістері, по 1 блістеру разом з календарною шкалою, тримачем для блістеру у коробці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ВОРВАРТС ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **256596-21/3-98 від 26.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІВАЗО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **256596-21/3-98 від 26.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІВАЗО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **256596-21/3-98 від 26.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІВАЗО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251778-21/В-96 від 08.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІДОКАЇНУ ГІДРОХЛОРИД, розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл по 2 мл в ампулі, по 10 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 2 мл в ампулі, по 10 ампул у коробці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251778-21/В-96 від 08.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІДОКАЇНУ ГІДРОХЛОРИД, розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл по 2 мл в ампулі, по 10 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 2 мл в ампулі, по 10 ампул у коробці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251778-21/В-96 від 08.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІДОКАЇНУ ГІДРОХЛОРИД, розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл по 2 мл в ампулі, по 10 ампул у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 2 мл в ампулі, по 10 ампул у коробці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **222325-19/3-128 від 06.11.2019** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІДОКСАН® ПОЛУНИЦЯ, Льодяники, 5 мг/1 мг; блістер, що містить 12 льодяників; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **222325-19/3-128 від 06.11.2019** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІДОКСАН® ПОЛУНИЦЯ, Льодяники, 5 мг/1 мг; блістер, що містить 12 льодяників; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **222325-19/3-128 від 06.11.2019** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІДОКСАН® ПОЛУНИЦЯ, Льодяники, 5 мг/1 мг; блістер, що містить 12 льодяників; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **216108-19/З-116 від 30.07.2019** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗИНОПРИЛ (БУЛО: ЛІЗИНОПРИЛ АТБ), таблетки по 10 мг та 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 2 або по 3 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Антибіотики СА, Румунія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **216108-19/3-116 від 30.07.2019** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗИНОПРИЛ (БУЛО: ЛІЗИНОПРИЛ АТБ), таблетки по 10 мг та 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 2 або по 3 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Антибіотики СА, Румунія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **216108-19/3-116 від 30.07.2019** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗИНОПРИЛ (БУЛО: ЛІЗИНОПРИЛ АТБ), таблетки по 10 мг та 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 2 або по 3 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Антибіотики СА, Румунія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **216108-19/З-116 від 30.07.2019** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗИНОПРИЛ (БУЛО: ЛІЗИНОПРИЛ АТБ), таблетки по 10 мг та 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 2 або по 3 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Антибіотики СА, Румунія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **216108-19/3-116 від 30.07.2019** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗИНОПРИЛ (БУЛО: ЛІЗИНОПРИЛ АТБ), таблетки по 10 мг та 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 2 або по 3 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Антибіотики СА, Румунія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **216108-19/3-116 від 30.07.2019** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗИНОПРИЛ (БУЛО: ЛІЗИНОПРИЛ АТБ), таблетки по 10 мг та 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 2 або по 3 блістери у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Антибіотики СА, Румунія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252096-21/3-86, 252097-21/3-86 від 11.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗИНОПРИЛ-ТЕВА, таблетки по 2,5 мг або по 5 мг або по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252096-21/3-86, 252097-21/3-86 від 11.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗИНОПРИЛ-ТЕВА, таблетки по 2,5 мг або по 5 мг або по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252096-21/3-86, 252097-21/3-86 від 11.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗИНОПРИЛ-ТЕВА, таблетки по 2,5 мг або по 5 мг або по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252096-21/3-86, 252097-21/3-86 від 11.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗИНОПРИЛ-ТЕВА, таблетки по 2,5 мг або по 5 мг або по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252096-21/3-86, 252097-21/3-86 від 11.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗИНОПРИЛ-ТЕВА, таблетки по 2,5 мг або по 5 мг або по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252096-21/3-86, 252097-21/3-86 від 11.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗИНОПРИЛ-ТЕВА, таблетки по 2,5 мг або по 5 мг або по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252096-21/3-86, 252097-21/3-86 від 11.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗИНОПРИЛ-ТЕВА, таблетки по 2,5 мг або по 5 мг або по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252096-21/3-86, 252097-21/3-86 від 11.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗИНОПРИЛ-ТЕВА, таблетки по 2,5 мг або по 5 мг або по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252096-21/3-86, 252097-21/3-86 від 11.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗИНОПРИЛ-ТЕВА, таблетки по 2,5 мг або по 5 мг або по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252096-21/3-86, 252097-21/3-86 від 11.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗИНОПРИЛ-ТЕВА, таблетки по 2,5 мг або по 5 мг або по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252096-21/3-86, 252097-21/3-86 від 11.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗИНОПРИЛ-ТЕВА, таблетки по 2,5 мг або по 5 мг або по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252096-21/3-86, 252097-21/3-86 від 11.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІЗИНОПРИЛ-ТЕВА, таблетки по 2,5 мг або по 5 мг або по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249909-20/B-39 від 29.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг або по 120 мг по 14 таблеток у блістерах, по 2 або 4 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249909-20/B-39 від 29.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг або по 120 мг по 14 таблеток у блістерах, по 2 або 4 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249909-20/B-39 від 29.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг або по 120 мг по 14 таблеток у блістерах, по 2 або 4 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249915-20/B-39 від 29.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, in bulk: 550 або 600 або 650 блістерів у коробці; або по 120 мг, in bulk: 480 або 520 або 560 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249915-20/B-39 від 29.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, in bulk: 550 або 600 або 650 блістерів у коробці; або по 120 мг, in bulk: 480 або 520 або 560 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249915-20/B-39 від 29.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, in bulk: 550 або 600 або 650 блістерів у коробці; або по 120 мг, in bulk: 480 або 520 або 560 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249909-20/B-39 від 29.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг або по 120 мг по 14 таблеток у блістерах, по 2 або 4 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249909-20/B-39 від 29.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг або по 120 мг по 14 таблеток у блістерах, по 2 або 4 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249909-20/B-39 від 29.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг або по 120 мг по 14 таблеток у блістерах, по 2 або 4 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249915-20/B-39 від 29.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, in bulk: 550 або 600 або 650 блістерів у коробці; або по 120 мг, in bulk: 480 або 520 або 560 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249915-20/B-39 від 29.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, in bulk: 550 або 600 або 650 блістерів у коробці; або по 120 мг, in bulk: 480 або 520 або 560 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249915-20/B-39 від 29.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІКВЕСТІЯ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг, in bulk: 550 або 600 або 650 блістерів у коробці; або по 120 мг, in bulk: 480 або 520 або 560 блістерів у коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250426-21/З-114 від 11.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІНКАС ПАСТИЛКИ, пастилки зі смаком апельсина; по 8 пастилок у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Хербіон Пакистан (Прайвет) Лімітед, Пакистан** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250426-21/3-114 від 11.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІНКАС ПАСТИЛКИ, пастилки зі смаком апельсина; по 8 пастилок у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Хербіон Пакистан (Прайвет) Лімітед, Пакистан** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250426-21/3-114 від 11.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІНКАС ПАСТИЛКИ, пастилки зі смаком апельсина; по 8 пастилок у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Хербіон Пакистан (Прайвет) Лімітед, Пакистан** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246589-20/3-88, 246590-20/3-88 від 03.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІРИКА, капсули по 50 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 75 мг; по 150 мг; по 14 або по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 300 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АПДЖОН ЮС 1 ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246589-20/3-88, 246590-20/3-88 від 03.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІРИКА, капсули по 50 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 75 мг; по 150 мг; по 14 або по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 300 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АПДЖОН ЮС 1 ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246589-20/3-88, 246590-20/3-88 від 03.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІРИКА, капсули по 50 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 75 мг; по 150 мг; по 14 або по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 300 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АПДЖОН ЮС 1 ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246589-20/3-88, 246590-20/3-88 від 03.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІРИКА, капсули по 50 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 75 мг; по 150 мг; по 14 або по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 300 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АПДЖОН ЮС 1 ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246589-20/3-88, 246590-20/3-88 від 03.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІРИКА, капсули по 50 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 75 мг; по 150 мг; по 14 або по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 300 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АПДЖОН ЮС 1 ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246589-20/3-88, 246590-20/3-88 від 03.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІРИКА, капсули по 50 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 75 мг; по 150 мг; по 14 або по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 300 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АПДЖОН ЮС 1 ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246589-20/3-88, 246590-20/3-88 від 03.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІРИКА, капсули по 50 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 75 мг; по 150 мг; по 14 або по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 300 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АПДЖОН ЮС 1 ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246589-20/3-88, 246590-20/3-88 від 03.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІРИКА, капсули по 50 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 75 мг; по 150 мг; по 14 або по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 300 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АПДЖОН ЮС 1 ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246589-20/3-88, 246590-20/3-88 від 03.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІРИКА, капсули по 50 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 75 мг; по 150 мг; по 14 або по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 300 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АПДЖОН ЮС 1 ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246589-20/3-88, 246590-20/3-88 від 03.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІРИКА, капсули по 50 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 75 мг; по 150 мг; по 14 або по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 300 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АПДЖОН ЮС 1 ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246589-20/3-88, 246590-20/3-88 від 03.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІРИКА, капсули по 50 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 75 мг; по 150 мг; по 14 або по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 300 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АПДЖОН ЮС 1 ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246589-20/3-88, 246590-20/3-88 від 03.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІРИКА, капсули по 50 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 75 мг; по 150 мг; по 14 або по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці; по 300 мг; по 21 капсулі у блістері; по 1 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АПДЖОН ЮС 1 ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246793-20/B-97, 248773-20/3-97, 248774-20/3-97 від 05.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОЗАП®, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, № 30 (10х3), № 30 (15х2), № 60 (10х6), № 60 (15х4), № 90 (10х9), № 90 (15х6): по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або 9 блістерів у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2, 4 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246793-20/B-97, 248773-20/3-97, 248774-20/3-97 від 05.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОЗАП®, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, № 30 (10х3), № 30 (15х2), № 60 (10х6), № 60 (15х4), № 90 (10х9), № 90 (15х6): по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або 9 блістерів у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2, 4 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246793-20/B-97, 248773-20/3-97, 248774-20/3-97 від 05.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОЗАП®, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, № 30 (10х3), № 30 (15х2), № 60 (10х6), № 60 (15х4), № 90 (10х9), № 90 (15х6): по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або 9 блістерів у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2, 4 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246793-20/B-97, 248773-20/3-97, 248774-20/3-97 від 05.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОЗАП®, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, № 30 (10х3), № 30 (15х2), № 60 (10х6), № 60 (15х4), № 90 (10х9), № 90 (15х6): по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або 9 блістерів у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2, 4 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246793-20/B-97, 248773-20/3-97, 248774-20/3-97 від 05.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОЗАП®, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, № 30 (10х3), № 30 (15х2), № 60 (10х6), № 60 (15х4), № 90 (10х9), № 90 (15х6): по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або 9 блістерів у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2, 4 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246793-20/B-97, 248773-20/3-97, 248774-20/3-97 від 05.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОЗАП®, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг або по 100 мг, № 30 (10х3), № 30 (15х2), № 60 (10х6), № 60 (15х4), № 90 (10х9), № 90 (15х6): по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або 9 блістерів у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2, 4 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **256380-21/3-98 від 21.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОМЕКСИН®, крем вагінальний 2 % по 78 г крему у тубі з маркуванням українською мовою; по 1 тубі у комплекті з аплікатором у контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **256380-21/3-98 від 21.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОМЕКСИН®, крем вагінальний 2 % по 78 г крему у тубі з маркуванням українською мовою; по 1 тубі у комплекті з аплікатором у контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **256380-21/3-98 від 21.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОМЕКСИН®, крем вагінальний 2 % по 78 г крему у тубі з маркуванням українською мовою; по 1 тубі у комплекті з аплікатором у контейнері; по 1 контейнеру в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами** |
| **Заявник** | **Рекордаті Аіленд Лтд, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251251-21/В-132 від 26.01.2021** |
| **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** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251251-21/В-132 від 26.01.2021** |
| **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** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251251-21/В-132 від 26.01.2021** |
| **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** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246056-20/3-100 від 27.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛУМІГАН®, краплі очні, розчин, 0,1 мг/мл; по 3 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній пачці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Аллерган Фармасьютікалз Ірландія, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246056-20/3-100 від 27.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛУМІГАН®, краплі очні, розчин, 0,1 мг/мл; по 3 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній пачці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Аллерган Фармасьютікалз Ірландія, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246056-20/3-100 від 27.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛУМІГАН®, краплі очні, розчин, 0,1 мг/мл; по 3 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній пачці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Аллерган Фармасьютікалз Ірландія, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254415-21/3-86 від 19.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МАДІНЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,03 мг/2 мг; по 21 таблетці у блістері; по 1 або по 3, або по 6 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **мібе ГмбХ Арцнаймітель, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254415-21/3-86 від 19.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МАДІНЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,03 мг/2 мг; по 21 таблетці у блістері; по 1 або по 3, або по 6 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **мібе ГмбХ Арцнаймиттель, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254415-21/3-86 від 19.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МАДІНЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,03 мг/2 мг; по 21 таблетці у блістері; по 1 або по 3, або по 6 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **мібе ГмбХ Арцнаймітель, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246986-20/B-96 від 10.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МАКРОГОЛ 4000, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "ТК "Аврора", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246986-20/B-96 від 10.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МАКРОГОЛ 4000, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "ТК "Аврора", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246986-20/B-96 від 10.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МАКРОГОЛ 4000, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "ТК "Аврора", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244747-20/3-116 від 02.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕЛОКС, розчин для ін'єкцій, 15 мг/1,5 мл по 5 ампул у фасонному блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244747-20/3-116 від 02.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕЛОКС, розчин для ін'єкцій, 15 мг/1,5 мл по 5 ампул у фасонному блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244747-20/3-116 від 02.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕЛОКС, розчин для ін'єкцій, 15 мг/1,5 мл по 5 ампул у фасонному блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251996-21/B-94, 251998-21/B-94 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕЛОКСИКАМ-ТЕВА, 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** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251996-21/B-94, 251998-21/B-94 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕЛОКСИКАМ-ТЕВА, 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** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251996-21/B-94, 251998-21/B-94 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕЛОКСИКАМ-ТЕВА, 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** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251171-21/B-06, 251172-21/B-06 від 25.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕПЕНАМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 0,5 г; по 1 або 10 флаконів з порошком у пачці, по 40 флаконів з порошком у груповій упаковці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Київмедпрепарат", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251171-21/B-06, 251172-21/B-06 від 25.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕПЕНАМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 0,5 г; по 1 або 10 флаконів з порошком у пачці, по 40 флаконів з порошком у груповій упаковці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Київмедпрепарат", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251171-21/B-06, 251172-21/B-06 від 25.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕПЕНАМ, порошок для розчину для ін'єкцій по 0,5 г; по 1 або 10 флаконів з порошком у пачці, по 40 флаконів з порошком у груповій упаковці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Київмедпрепарат", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248676-20/3-100 від 07.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРИСТАТ-САНОВЕЛЬ ЛОНГ, таблетки з модифікованим вивільненням по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248676-20/3-100 від 07.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРИСТАТ-САНОВЕЛЬ ЛОНГ, таблетки з модифікованим вивільненням по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248676-20/3-100 від 07.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРИСТАТ-САНОВЕЛЬ ЛОНГ, таблетки з модифікованим вивільненням по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249393-20/3-132 від 18.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРИСТАТ-САНОВЕЛЬ ЛОНГ, таблетки з модифікованим вивільненням по 500 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249393-20/3-132 від 18.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРИСТАТ-САНОВЕЛЬ ЛОНГ, таблетки з модифікованим вивільненням по 500 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249393-20/3-132 від 18.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРИСТАТ-САНОВЕЛЬ ЛОНГ, таблетки з модифікованим вивільненням по 500 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **237255-20/3-132 від 22.06.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРИСТАТ-САНОВЕЛЬ ЛОНГ, таблетки з модифікованим вивільненням по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **237255-20/3-132 від 22.06.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРИСТАТ-САНОВЕЛЬ ЛОНГ, таблетки з модифікованим вивільненням по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **237255-20/3-132 від 22.06.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРИСТАТ-САНОВЕЛЬ ЛОНГ, таблетки з модифікованим вивільненням по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248385-20/3-130 від 02.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРОНЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 500 мг, по 1000 мг;**<br>**по 10 флаконів з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248385-20/3-130 від 02.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРОНЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 500 мг, по 1000 мг;**<br>**по 10 флаконів з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248385-20/3-130 від 02.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРОНЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 500 мг, по 1000 мг;<br>по 10 флаконів з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248385-20/3-130 від 02.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРОНЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 500 мг, по 1000 мг;**<br>**по 10 флаконів з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248385-20/3-130 від 02.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРОНЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 500 мг, по 1000 мг;**<br>**по 10 флаконів з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248385-20/3-130 від 02.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРОНЕМ, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 500 мг, по 1000 мг;<br>по 10 флаконів з порошком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250295-21/3-134 від 05.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТИПРЕД, порошок для розчину для ін`єкцій по 250 мг або по 1000 мг 1 флакон з порошком в картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фінляндія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250295-21/3-134 від 05.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТИПРЕД, порошок для розчину для ін`єкцій по 250 мг або по 1000 мг 1 флакон з порошком в картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фінляндія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250295-21/3-134 від 05.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТИПРЕД, порошок для розчину для ін`єкцій по 250 мг або по 1000 мг 1 флакон з порошком в картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фінляндія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250295-21/3-134 від 05.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТИПРЕД, порошок для розчину для ін`єкцій по 250 мг або по 1000 мг 1 флакон з порошком в картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фінляндія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250295-21/3-134 від 05.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТИПРЕД, порошок для розчину для ін`єкцій по 250 мг або по 1000 мг 1 флакон з порошком в картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фінляндія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250295-21/3-134 від 05.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТИПРЕД, порошок для розчину для ін`єкцій по 250 мг або по 1000 мг 1 флакон з порошком в картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фінляндія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251962-21/B-94, 251963-21/B-94 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТОТРЕКСАТ-ТЕВА, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл, по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251962-21/B-94, 251963-21/B-94 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТОТРЕКСАТ-ТЕВА, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл, по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251962-21/B-94, 251963-21/B-94 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТОТРЕКСАТ-ТЕВА, розчин для ін'єкцій, 100 мг/мл, по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254542-21/В-114 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТРОЛАВІН, мазь; по 40 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254542-21/В-114 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТРОЛАВІН, мазь; по 40 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254542-21/В-114 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТРОЛАВІН, мазь; по 40 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247588-20/В-129 від 18.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МИРОФУРИЛ, суспензія оральна, 200 мг/5 мл по 90 мл суспензії оральної у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканчиком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "РОКЕТ-ФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247588-20/В-129 від 18.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МИРОФУРИЛ, суспензія оральна, 200 мг/5 мл по 90 мл суспензії оральної у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканчиком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "РОКЕТ-ФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247588-20/В-129 від 18.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МИРОФУРИЛ, суспензія оральна, 200 мг/5 мл по 90 мл суспензії оральної у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканчиком у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "РОКЕТ-ФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255302-21/В-61 від 05.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІРАМІСТИН®-ДАРНИЦЯ, мазь, 5 мг/г по 15 г або по 30 г у тубі; по 1 тубі у пачці; по 1000 г у банках** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255302-21/В-61 від 05.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІРАМІСТИН®-ДАРНИЦЯ, мазь, 5 мг/г по 15 г або по 30 г у тубі; по 1 тубі у пачці; по 1000 г у банках** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255302-21/В-61 від 05.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІРАМІСТИН®-ДАРНИЦЯ, мазь, 5 мг/г по 15 г або по 30 г у тубі; по 1 тубі у пачці; по 1000 г у банках** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249055-20/3-98 від 14.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІРАПЕКС®ПД, таблетки пролонгованої дії по 0,375 мг, по 0,75 мг, 1,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249055-20/3-98 від 14.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІРАПЕКС®ПД, таблетки пролонгованої дії по 0,375 мг, по 0,75 мг, 1,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249055-20/3-98 від 14.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІРАПЕКС®ПД, таблетки пролонгованої дії по 0,375 мг, по 0,75 мг, 1,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249055-20/3-98 від 14.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІРАПЕКС®ПД, таблетки пролонгованої дії по 0,375 мг, по 0,75 мг, 1,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249055-20/3-98 від 14.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІРАПЕКС®ПД, таблетки пролонгованої дії по 0,375 мг, по 0,75 мг, 1,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249055-20/3-98 від 14.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІРАПЕКС®ПД, таблетки пролонгованої дії по 0,375 мг, по 0,75 мг, 1,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249055-20/3-98 від 14.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІРАПЕКС®ПД, таблетки пролонгованої дії по 0,375 мг, по 0,75 мг, 1,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249055-20/3-98 від 14.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІРАПЕКС®ПД, таблетки пролонгованої дії по 0,375 мг, по 0,75 мг, 1,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249055-20/3-98 від 14.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІРАПЕКС®ПД, таблетки пролонгованої дії по 0,375 мг, по 0,75 мг, 1,5 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253396-21/З-121 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОВАЛГІН, таблетки по 7,5 мг або по 15 мг: по 10 таблеток у блістерах; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253396-21/3-121 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОВАЛГІН, таблетки по 7,5 мг або по 15 мг: по 10 таблеток у блістерах; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253396-21/3-121 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОВАЛГІН, таблетки по 7,5 мг або по 15 мг: по 10 таблеток у блістерах; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253396-21/З-121 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОВАЛГІН, таблетки по 7,5 мг або по 15 мг: по 10 таблеток у блістерах; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253396-21/3-121 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОВАЛГІН, таблетки по 7,5 мг або по 15 мг: по 10 таблеток у блістерах; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253396-21/3-121 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОВАЛГІН, таблетки по 7,5 мг або по 15 мг: по 10 таблеток у блістерах; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249392-20/B-132, 256314-21/B-132 від 18.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСИФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг; по 5 або по 7, або по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249392-20/B-132, 256314-21/B-132 від 18.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСИФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг; по 5 або по 7, або по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249392-20/B-132, 256314-21/B-132 від 18.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСИФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг; по 5 або по 7, або по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250670-21/3-132, 250671-21/3-132 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСОНІДИН КСАНТІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,2 мг, 0,3 мг або 0,4 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній пачці** |
| **Заявник** | **"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250670-21/3-132, 250671-21/3-132 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСОНІДИН КСАНТІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,2 мг, 0,3 мг або 0,4 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній пачці** |
| **Заявник** | **"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250670-21/3-132, 250671-21/3-132 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСОНІДИН КСАНТІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,2 мг, 0,3 мг або 0,4 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній пачці** |
| **Заявник** | **"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250670-21/3-132, 250671-21/3-132 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСОНІДИН КСАНТІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,2 мг, 0,3 мг або 0,4 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній пачці** |
| **Заявник** | **"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250670-21/3-132, 250671-21/3-132 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСОНІДИН КСАНТІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,2 мг, 0,3 мг або 0,4 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній пачці** |
| **Заявник** | **"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250670-21/3-132, 250671-21/3-132 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСОНІДИН КСАНТІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,2 мг, 0,3 мг або 0,4 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній пачці** |
| **Заявник** | **"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250670-21/3-132, 250671-21/3-132 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСОНІДИН КСАНТІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,2 мг, 0,3 мг або 0,4 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній пачці** |
| **Заявник** | **"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250670-21/3-132, 250671-21/3-132 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСОНІДИН КСАНТІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,2 мг, 0,3 мг або 0,4 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній пачці** |
| **Заявник** | **"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250670-21/3-132, 250671-21/3-132 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОКСОНІДИН КСАНТІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,2 мг, 0,3 мг або 0,4 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній пачці** |
| **Заявник** | **"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251969-21/B-94, 251970-21/B-94 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОНТЕЛУКАСТ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 7 таблеток у блістері, по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251969-21/B-94, 251970-21/B-94 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОНТЕЛУКАСТ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 7 таблеток у блістері, по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251969-21/B-94, 251970-21/B-94 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МОНТЕЛУКАСТ-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 7 таблеток у блістері, по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254129-21/3-114 від 12.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАВІРЕЛ, концентрат для приготування розчину для інфузій, 10 мг/мл; по 1 мл (10 мг) або 5 мл (50 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254129-21/3-114 від 12.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАВІРЕЛ, концентрат для приготування розчину для інфузій, 10 мг/мл; по 1 мл (10 мг) або 5 мл (50 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254129-21/3-114 від 12.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАВІРЕЛ, концентрат для приготування розчину для інфузій, 10 мг/мл; по 1 мл (10 мг) або 5 мл (50 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252456-21/B-28, 252457-21/B-28 від 17.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАТРІЮ ОКСИБУТИРАТ, порошок (субстанція) у пакетах паперових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252456-21/B-28, 252457-21/B-28 від 17.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАТРІЮ ОКСИБУТИРАТ, порошок (субстанція) у пакетах паперових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252456-21/B-28, 252457-21/B-28 від 17.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАТРІЮ ОКСИБУТИРАТ, порошок (субстанція) у пакетах паперових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254414-21/B-86 від 19.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %; 0,1 %; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254414-21/В-86 від 19.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %; 0,1 %; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254414-21/В-86 від 19.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %; 0,1 %; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254414-21/B-86 від 19.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %; 0,1 %; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254414-21/В-86 від 19.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %; 0,1 %; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254414-21/В-86 від 19.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %; 0,1 %; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **238019-20/3-82 від 02.07.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕБІЛЕТ®ПЛЮС 5/12,5, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Менаріні Інтернешонал Операйшонс Люксембург С.А., Люксембург** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **238019-20/3-82 від 02.07.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕБІЛЕТ®ПЛЮС 5/12,5, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **238019-20/3-82 від 02.07.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕБІЛЕТ®ПЛЮС 5/12,5, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249396-20/3-36 від 18.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕВАНАК®, краплі очні, суспензія, 1 мг/мл, по 5 мл у флаконі-крапельниці "Дроп-Тейнер®"; по 1 флакону в коробці з картону з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249396-20/3-36 від 18.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕВАНАК®, краплі очні, суспензія, 1 мг/мл, по 5 мл у флаконі-крапельниці "Дроп-Тейнер®"; по 1 флакону в коробці з картону з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249396-20/3-36 від 18.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕВАНАК®, краплі очні, суспензія, 1 мг/мл, по 5 мл у флаконі-крапельниці "Дроп-Тейнер®"; по 1 флакону в коробці з картону з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249767-20/3-128, 249768-20/3-128 від 23.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕЙРОБІОН, таблетки, вкриті оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Пі енд Джі Хелс Джермані ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249767-20/3-128, 249768-20/3-128 від 23.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕЙРОБІОН, таблетки, вкриті оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Пі енд Джі Хелс Джермані ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249767-20/З-128, 249768-20/З-128 від 23.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕЙРОБІОН, таблетки, вкриті оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Пі енд Джі Хелс Джермані ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254163-21/3-133 від 15.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕОФЕН БЕЛУПО ПЛЮС, гель, 50 мг/г по 15 г або 50 г, або 100 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254163-21/3-133 від 15.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕОФЕН БЕЛУПО ПЛЮС, гель, 50 мг/г по 15 г або 50 г, або 100 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254163-21/3-133 від 15.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕОФЕН БЕЛУПО ПЛЮС, гель, 50 мг/г по 15 г або 50 г, або 100 г у тубі; по 1 тубі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252431-21/В-60 від 17.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІФУРОЗИД-ЗДОРОВ'Я, Суспензія оральна, 200 мг/5 мл**<br>**По 50 мл у флаконі полімерному з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з мірною ложкою у коробці з картону з маркуванням українською та російською мовами;**<br>**по 100 мл у флаконі полімерному або зі скла; по 1 флакону з мірною ложкою у коробці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252431-21/В-60 від 17.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІФУРОЗИД-ЗДОРОВ'Я, Суспензія оральна, 200 мг/5 мл**<br>**По 50 мл у флаконі полімерному з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з мірною ложкою у коробці з картону з маркуванням українською та російською мовами;**<br>**по 100 мл у флаконі полімерному або зі скла; по 1 флакону з мірною ложкою у коробці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252431-21/В-60 від 17.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІФУРОЗИД-ЗДОРОВ'Я, Суспензія оральна, 200 мг/5 мл**<br>**По 50 мл у флаконі полімерному з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з мірною ложкою у коробці з картону з маркуванням українською та російською мовами;**<br>**по 100 мл у флаконі полімерному або зі скла; по 1 флакону з мірною ложкою у коробці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248138-20/3-129 від 26.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОВОПАРИН®, розчин для ін'єкцій, 100 мг (10 000 анти-фактор Ха МО)/мл, по 0,2 мл (20 мг), або по 0,4 мл (40 мг), або по 0,6 мл (60 мг), або по 0,8 мл (80 мг), або по 1,0 мл (100 мг) у попередньо наповненому шприці; по 2 шприци в блістері з маркуванням українською мовою; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами; по 0,2 мл (20 мг), або по 0,4 мл (40 мг), або по 0,6 мл (60 мг), або по 0,8 мл (80 мг) у попередньо наповненому шприці; по 2 шприци в блістері з маркуванням українською мовою; по 5 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248138-20/3-129 від 26.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОВОПАРИН®, розчин для ін'єкцій, 100 мг (10 000 анти-фактор Ха МО)/мл, по 0,2 мл (20 мг), або по 0,4 мл (40 мг), або по 0,6 мл (60 мг), або по 0,8 мл (80 мг), або по 1,0 мл (100 мг) у попередньо наповненому шприці; по 2 шприци в блістері з маркуванням українською мовою; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами; по 0,2 мл (20 мг), або по 0,4 мл (40 мг), або по 0,6 мл (60 мг), або по 0,8 мл (80 мг) у попередньо наповненому шприці; по 2 шприци в блістері з маркуванням українською мовою; по 5 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248138-20/3-129 від 26.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОВОПАРИН®, розчин для ін'єкцій, 100 мг (10 000 анти-фактор Ха МО)/мл, по 0,2 мл (20 мг), або по 0,4 мл (40 мг), або по 0,6 мл (60 мг), або по 0,8 мл (80 мг), або по 1,0 мл (100 мг) у попередньо наповненому шприці; по 2 шприци в блістері з маркуванням українською мовою; по 1 блістеру в картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами; по 0,2 мл (20 мг), або по 0,4 мл (40 мг), або по 0,6 мл (60 мг), або по 0,8 мл (80 мг) у попередньо наповненому шприці; по 2 шприци в блістері з маркуванням українською мовою; по 5 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ДЖЕНОФАРМ ЛТД, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255922-21/B-60 від 14.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НООБУТ®, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255922-21/B-60 від 14.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НООБУТ®, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255922-21/B-60 від 14.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НООБУТ®, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246127-20/З-128, 246128-20/З-128 від 27.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОРВАСК®, Таблетки по 5 мг та таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **АПДЖОН ЮС 1 ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246127-20/З-128, 246128-20/З-128 від 27.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОРВАСК®, Таблетки по 5 мг та таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **АПДЖОН ЮС 1 ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246127-20/З-128, 246128-20/З-128 від 27.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОРВАСК®, Таблетки по 5 мг та таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **АПДЖОН ЮС 1 ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246127-20/З-128, 246128-20/З-128 від 27.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОРВАСК®, Таблетки по 5 мг та таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **АПДЖОН ЮС 1 ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246127-20/З-128, 246128-20/З-128 від 27.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОРВАСК®, Таблетки по 5 мг та таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **АПДЖОН ЮС 1 ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246127-20/З-128, 246128-20/З-128 від 27.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОРВАСК®, Таблетки по 5 мг та таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **АПДЖОН ЮС 1 ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253335-21/З-36 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОРГАЛАКС, гель ректальний, 0,12 г/10 г по 10 г у однодозовому контейнері (тубі-канюлі) з маркуванням українською мовою; по 6 туб-канюль у картонній коробці з маркуванням українською та французькою мовами** |
| **Заявник** | **НОРЖИН САС , Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253335-21/3-36 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОРГАЛАКС, гель ректальний, 0,12 г/10 г по 10 г у однодозовому контейнері (тубі-канюлі) з маркуванням українською мовою; по 6 туб-канюль у картонній коробці з маркуванням українською та французькою мовами** |
| **Заявник** | **НОРЖИН САС , Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253335-21/3-36 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОРГАЛАКС, гель ректальний, 0,12 г/10 г по 10 г у однодозовому контейнері (тубі-канюлі) з маркуванням українською мовою; по 6 туб-канюль у картонній коробці з маркуванням українською та французькою мовами** |
| **Заявник** | **НОРЖИН САС , Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249085-20/3-98 від 14.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОРМАТЕНС, таблетки, вкриті оболонкою; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру у коробці з картону з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **МЕДА Фарма ГмбХ енд Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249085-20/3-98 від 14.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОРМАТЕНС, таблетки, вкриті оболонкою; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру у коробці з картону з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **МЕДА Фарма ГмбХ енд Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249085-20/3-98 від 14.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОРМАТЕНС, таблетки, вкриті оболонкою; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру у коробці з картону з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **МЕДА Фарма ГмбХ енд Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246038-20/3-100 від 27.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОЗУРДЕКС®, імплантат для інтравітреального введення, 700 мкг, по 1 аплікатору (маркування англійською мовою), що містить імплантат, разом з пакетом-поглиначем вологи, у пакеті із фольги; по 1 пакету із фольги в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Аллерган Фармасьютікалз Ірландія, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246038-20/3-100 від 27.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОЗУРДЕКС®, імплантат для інтравітреального введення, 700 мкг, по 1 аплікатору (маркування англійською мовою), що містить імплантат, разом з пакетом-поглиначем вологи, у пакеті із фольги; по 1 пакету із фольги в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Аллерган Фармасьютікалз Ірландія, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246038-20/3-100 від 27.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОЗУРДЕКС®, імплантат для інтравітреального введення, 700 мкг, по 1 аплікатору (маркування англійською мовою), що містить імплантат, разом з пакетом-поглиначем вологи, у пакеті із фольги; по 1 пакету із фольги в картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Аллерган Фармасьютікалз Ірландія, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253667-21/3-39 від 04.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКСОЛ, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл, по 25 мл або 50 мл у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253667-21/3-39 від 04.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКСОЛ, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл, по 25 мл або 50 мл у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253667-21/3-39 від 04.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКСОЛ, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл, по 25 мл або 50 мл у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254541-21/В-114 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКСОЛІН, мазь 2,5 мг/г; по 10 г та по 15 г в тубі; по 1 тубі у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254541-21/В-114 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКСОЛІН, мазь 2,5 мг/г; по 10 г та по 15 г в тубі; по 1 тубі у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254541-21/В-114 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОКСОЛІН, мазь 2,5 мг/г; по 10 г та по 15 г в тубі; по 1 тубі у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251857-21/B-66 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОЛІЯ НАСІННЯ ГАРБУЗА, олія, по 100 мл у флаконі; по 1 флакону в коробці з картону; по 2,5 мл або 5 мл у саше; по 20 саше в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Дослідний завод "ГНЦЛС", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251857-21/В-66 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОЛІЯ НАСІННЯ ГАРБУЗА, олія, по 100 мл у флаконі; по 1 флакону в коробці з картону; по 2,5 мл або 5 мл у саше; по 20 саше в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Дослідний завод "ГНЦЛС", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251857-21/В-66 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОЛІЯ НАСІННЯ ГАРБУЗА, олія, по 100 мл у флаконі; по 1 флакону в коробці з картону; по 2,5 мл або 5 мл у саше; по 20 саше в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Дослідний завод "ГНЦЛС", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244444-20/3-06 від 29.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОМЕПРАЗОЛ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 40 мг 1 флакон з порошком у пачці з картону** |
| **Заявник** | **М.Біотек Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244444-20/3-06 від 29.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОМЕПРАЗОЛ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 40 мг 1 флакон з порошком у пачці з картону** |
| **Заявник** | **М.Біотек Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244444-20/3-06 від 29.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОМЕПРАЗОЛ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 40 мг 1 флакон з порошком у пачці з картону** |
| **Заявник** | **М.Біотек Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244443-20/3-06 від 29.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНДАНСЕТ, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл; по 2 мл (4 мг) або по 4 мл (8 мг) в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону** |
| **Заявник** | **М.Біотек Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244443-20/3-06 від 29.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНДАНСЕТ, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл; по 2 мл (4 мг) або по 4 мл (8 мг) в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону** |
| **Заявник** | **М.Біотек Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244443-20/3-06 від 29.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНДАНСЕТ, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл; по 2 мл (4 мг) або по 4 мл (8 мг) в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону** |
| **Заявник** | **М.Біотек Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **242932-20/B-39, 242933-20/B-39 від 14.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОФЛОКСАЦИН-ДАРНИЦЯ, таблетки по 200 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **242932-20/B-39, 242933-20/B-39 від 14.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОФЛОКСАЦИН-ДАРНИЦЯ, таблетки по 200 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **242932-20/B-39, 242933-20/B-39 від 14.09.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОФЛОКСАЦИН-ДАРНИЦЯ, таблетки по 200 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | |
|---|---|
| | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254296-21/3-06 від 16.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАРАФУЗІВ, розчин для інфузій 10 мг/мл, по 50 мл або 100 мл у флаконі, по 1 або 10 флаконів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Фарма Баварія Інтернаціонал (ФБІ) Португалія, Юніп. Лда., Португалія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254296-21/3-06 від 16.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАРАФУЗІВ, розчин для інфузій 10 мг/мл, по 50 мл або 100 мл у флаконі, по 1 або 10 флаконів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Фарма Баварія Інтернаціонал (ФБІ) Португалія, Юніп. Лда., Португалія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254296-21/3-06 від 16.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАРАФУЗІВ, розчин для інфузій 10 мг/мл, по 50 мл або 100 мл у флаконі, по 1 або 10 флаконів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Фарма Баварія Інтернаціонал (ФБІ) Португалія, Юніп. Лда., Португалія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244903-20/3-84 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕРИНДОПРИЛ 2/ІНДАПАМІД 0,625 КРКА; ПЕРИНДОПРИЛ 4/ІНДАПАМІД 1,25 КРКА; ПЕРИНДОПРИЛ 8 /ІНДАПАМІД 2,5 КРКА, таблетки по 2 мг/0,625 мг, 4 мг/1,25 мг, 8 мг/2,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244903-20/3-84 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕРИНДОПРИЛ 2/ІНДАПАМІД 0,625 КРКА; ПЕРИНДОПРИЛ 4/ІНДАПАМІД 1,25 КРКА; ПЕРИНДОПРИЛ 8 /ІНДАПАМІД 2,5 КРКА, таблетки по 2 мг/0,625 мг, 4 мг/1,25 мг, 8 мг/2,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244903-20/3-84 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕРИНДОПРИЛ 2/ІНДАПАМІД 0,625 КРКА; ПЕРИНДОПРИЛ 4/ІНДАПАМІД 1,25 КРКА; ПЕРИНДОПРИЛ 8 /ІНДАПАМІД 2,5 КРКА, таблетки по 2 мг/0,625 мг, 4 мг/1,25 мг, 8 мг/2,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244903-20/3-84 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕРИНДОПРИЛ 2/ІНДАПАМІД 0,625 КРКА; ПЕРИНДОПРИЛ 4/ІНДАПАМІД 1,25 КРКА; ПЕРИНДОПРИЛ 8 /ІНДАПАМІД 2,5 КРКА, таблетки по 2 мг/0,625 мг, 4 мг/1,25 мг, 8 мг/2,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244903-20/3-84 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕРИНДОПРИЛ 2/ІНДАПАМІД 0,625 КРКА; ПЕРИНДОПРИЛ 4/ІНДАПАМІД 1,25 КРКА; ПЕРИНДОПРИЛ 8 /ІНДАПАМІД 2,5 КРКА, таблетки по 2 мг/0,625 мг, 4 мг/1,25 мг, 8 мг/2,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244903-20/3-84 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕРИНДОПРИЛ 2/ІНДАПАМІД 0,625 КРКА; ПЕРИНДОПРИЛ 4/ІНДАПАМІД 1,25 КРКА; ПЕРИНДОПРИЛ 8 /ІНДАПАМІД 2,5 КРКА, таблетки по 2 мг/0,625 мг, 4 мг/1,25 мг, 8 мг/2,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244903-20/3-84 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕРИНДОПРИЛ 2/ІНДАПАМІД 0,625 КРКА; ПЕРИНДОПРИЛ 4/ІНДАПАМІД 1,25 КРКА; ПЕРИНДОПРИЛ 8 /ІНДАПАМІД 2,5 КРКА, таблетки по 2 мг/0,625 мг, 4 мг/1,25 мг, 8 мг/2,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244903-20/3-84 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕРИНДОПРИЛ 2/ІНДАПАМІД 0,625 КРКА; ПЕРИНДОПРИЛ 4/ІНДАПАМІД 1,25 КРКА; ПЕРИНДОПРИЛ 8 /ІНДАПАМІД 2,5 КРКА, таблетки по 2 мг/0,625 мг, 4 мг/1,25 мг, 8 мг/2,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **244903-20/3-84 від 07.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕРИНДОПРИЛ 2/ІНДАПАМІД 0,625 КРКА; ПЕРИНДОПРИЛ 4/ІНДАПАМІД 1,25 КРКА; ПЕРИНДОПРИЛ 8 /ІНДАПАМІД 2,5 КРКА, таблетки по 2 мг/0,625 мг, 4 мг/1,25 мг, 8 мг/2,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254538-21/В-114 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІВОНІЇ НАСТОЙКА, Настойка по 100 мл у флаконі скляному або полімерному; по 1 флакону в пачці з картону; по 100 мл у банці; по 1 банці в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254538-21/В-114 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІВОНІЇ НАСТОЙКА, Настойка по 100 мл у флаконі скляному або полімерному; по 1 флакону в пачці з картону; по 100 мл у банці; по 1 банці в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254538-21/В-114 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІВОНІЇ НАСТОЙКА, Настойка по 100 мл у флаконі скляному або полімерному; по 1 флакону в пачці з картону; по 100 мл у банці; по 1 банці в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254544-21/В-134 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІРАЦЕТАМ, таблетки по 200 мг або по 400 мг по 10 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 6 блістерів у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254544-21/В-134 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІРАЦЕТАМ, таблетки по 200 мг або по 400 мг по 10 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 6 блістерів у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254544-21/В-134 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІРАЦЕТАМ, таблетки по 200 мг або по 400 мг по 10 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 6 блістерів у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254544-21/В-134 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІРАЦЕТАМ, таблетки по 200 мг або по 400 мг по 10 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 6 блістерів у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254544-21/В-134 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІРАЦЕТАМ, таблетки по 200 мг або по 400 мг по 10 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 6 блістерів у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254544-21/В-134 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПІРАЦЕТАМ, таблетки по 200 мг або по 400 мг по 10 таблеток у блістері з маркуванням українською мовою; по 6 блістерів у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252532-21/3-06 від 17.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПМС-ХОЛЕСТИРАМІН РЕГУЛАР ЗІ СМАКОМ АПЕЛЬСИНА, Порошок для оральної суспензії, 4 г/9 г, по 9 г порошку в пакеті, по 30 пакетів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252532-21/3-06 від 17.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПМС-ХОЛЕСТИРАМІН РЕГУЛАР ЗІ СМАКОМ АПЕЛЬСИНА, Порошок для оральної суспензії, 4 г/9 г, по 9 г порошку в пакеті, по 30 пакетів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252532-21/3-06 від 17.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПМС-ХОЛЕСТИРАМІН РЕГУЛАР ЗІ СМАКОМ АПЕЛЬСИНА, Порошок для оральної суспензії, 4 г/9 г, по 9 г порошку в пакеті, по 30 пакетів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246995-20/3-133 від 10.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОВЕРКОРТ, крем 0,05 % по 5 г або 15 г в тубі по 1 тубі у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246995-20/3-133 від 10.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОВЕРКОРТ, крем 0,05 % по 5 г або 15 г в тубі по 1 тубі у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246995-20/3-133 від 10.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОВЕРКОРТ, крем 0,05 % по 5 г або 15 г в тубі по 1 тубі у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249747-20/3-94 від 23.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОМПЕЗО, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 40 мг, 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249747-20/3-94 від 23.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОМПЕЗО, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 40 мг, 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249747-20/3-94 від 23.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОМПЕЗО, ліофілізат для розчину для ін`єкцій по 40 мг, 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250809-21/3-02 від 18.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОГИНОРМ ГЕСТА, капсули м`які по 100 мг, 200 мг; по 15 капсул м'яких у блістері; по 2 блістериу пачці** |
| **Заявник** | **ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250809-21/3-02 від 18.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОГИНОРМ ГЕСТА, капсули м`які по 100 мг, 200 мг; по 15 капсул м'яких у блістері; по 2 блістериу пачці** |
| **Заявник** | **ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250809-21/3-02 від 18.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОГИНОРМ ГЕСТА, капсули м`які по 100 мг, 200 мг; по 15 капсул м'яких у блістері; по 2 блістериу пачці** |
| **Заявник** | **ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250809-21/3-02 від 18.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОГИНОРМ ГЕСТА, капсули м`які по 100 мг, 200 мг; по 15 капсул м'яких у блістері; по 2 блістериу пачці** |
| **Заявник** | **ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250809-21/3-02 від 18.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОГИНОРМ ГЕСТА, капсули м`які по 100 мг, 200 мг; по 15 капсул м'яких у блістері; по 2 блістериу пачці** |
| **Заявник** | **ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250809-21/3-02 від 18.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПРОГИНОРМ ГЕСТА, капсули м`які по 100 мг, 200 мг; по 15 капсул м'яких у блістері; по 2 блістериу пачці** |
| **Заявник** | **ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252164-21/3-88, 252165-21/3-88 від 11.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУРЕГОН®, розчин для ін'єкцій, 833 МО/мл по 0,420 мл (300 МО/0,36 мл) або 0,780 мл (600 МО/0,72 мл) у картриджі; по 1 картриджу у відкритому пластиковому лотку в комплекті з голками, по 2 комплекти голок – 2 картонні коробки (кожен комплект по 3 голки, кожна голка в індивідуальному пластиковому контейнері) у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Органон Сентрал Іст ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252164-21/3-88, 252165-21/3-88 від 11.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУРЕГОН®, розчин для ін'єкцій, 833 МО/мл по 0,420 мл (300 МО/0,36 мл) або 0,780 мл (600 МО/0,72 мл) у картриджі; по 1 картриджу у відкритому пластиковому лотку в комплекті з голками, по 2 комплекти голок – 2 картонні коробки (кожен комплект по 3 голки, кожна голка в індивідуальному пластиковому контейнері) у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Органон Сентрал Іст ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252164-21/3-88, 252165-21/3-88 від 11.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПУРЕГОН®, розчин для ін'єкцій, 833 МО/мл по 0,420 мл (300 МО/0,36 мл) або 0,780 мл (600 МО/0,72 мл) у картриджі; по 1 картриджу у відкритому пластиковому лотку в комплекті з голками, по 2 комплекти голок – 2 картонні коробки (кожен комплект по 3 голки, кожна голка в індивідуальному пластиковому контейнері) у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Органон Сентрал Іст ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **236916-20/3-98 від 17.06.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РАЙЗОДЕГ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій, 100 ОД/мл по 3 мл у картриджі, який міститься у багатодозовій одноразовій шприц-ручці; по 1 або по 5 шприц-ручок у картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **236916-20/3-98 від 17.06.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РАЙЗОДЕГ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій, 100 ОД/мл по 3 мл у картриджі, який міститься у багатодозовій одноразовій шприц-ручці; по 1 або по 5 шприц-ручок у картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **236916-20/3-98 від 17.06.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РАЙЗОДЕГ® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій, 100 ОД/мл по 3 мл у картриджі, який міститься у багатодозовій одноразовій шприц-ручці; по 1 або по 5 шприц-ручок у картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253031-21/3-82 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕКТОДЕЛЬТ 100, супозиторії ректальні по 100 мг; по 2 або по 6 супозиторіїв у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Троммсдорфф ГмбХ енд Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253031-21/3-82 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕКТОДЕЛЬТ 100, супозиторії ректальні по 100 мг; по 2 або по 6 супозиторіїв у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Троммсдорфф ГмбХ енд Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253031-21/3-82 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕКТОДЕЛЬТ 100, супозиторії ректальні по 100 мг; по 2 або по 6 супозиторіїв у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Троммсдорфф ГмбХ енд Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246051-20/3-134 від 27.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕСТАСІС®, емульсія очна, 0,5 мг/мл по 0,4 мл у флаконі; по 30 флаконів в упаковці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Аллерган, Інк., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246051-20/3-134 від 27.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕСТАСІС®, емульсія очна, 0,5 мг/мл по 0,4 мл у флаконі; по 30 флаконів в упаковці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Аллерган, Інк., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246051-20/3-134 від 27.10.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕСТАСІС®, емульсія очна, 0,5 мг/мл по 0,4 мл у флаконі; по 30 флаконів в упаковці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **Аллерган, Інк., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253333-21/B-96, 253340-21/B-96 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РИЦИНОВА ОЛІЯ, олія оральна по 30 г або по 100 г у флаконах** |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253333-21/B-96, 253340-21/B-96 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РИЦИНОВА ОЛІЯ, олія оральна по 30 г або по 100 г у флаконах** |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253333-21/B-96, 253340-21/B-96 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РИЦИНОВА ОЛІЯ, олія оральна по 30 г або по 100 г у флаконах** |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247247-20/3-96 від 12.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗУВАСТАТИН КАЛЬЦІЮ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Сентрієнт Фармасьютікалз Незерландс Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | |
|---|---|
| | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247247-20/3-96 від 12.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗУВАСТАТИН КАЛЬЦІЮ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Сентрієнт Фармасьютікалз Незерландс Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247247-20/3-96 від 12.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗУВАСТАТИН КАЛЬЦІЮ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Сентрієнт Фармасьютікалз Незерландс Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247668-20/B-66, 255677-21/B-66 від 18.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕДАВІТ® ЕКСТРАКТ РІДКИЙ, екстракт рідкий (субстанція) у бочках полімерних для виробництва нестерильних лікарських форм** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247668-20/B-66, 255677-21/B-66 від 18.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕДАВІТ® ЕКСТРАКТ РІДКИЙ, екстракт рідкий (субстанція) у бочках полімерних для виробництва нестерильних лікарських форм** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247668-20/B-66, 255677-21/B-66 від 18.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕДАВІТ® ЕКСТРАКТ РІДКИЙ, екстракт рідкий (субстанція) у бочках полімерних для виробництва нестерильних лікарських форм** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253970-21/З-84 від 10.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕЛЛСЕПТ®, капсули по 250 мг, по 10 капсул у блістері; по 10 блістерів у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253970-21/3-84 від 10.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕЛЛСЕПТ®, капсули по 250 мг, по 10 капсул у блістері; по 10 блістерів у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253970-21/3-84 від 10.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕЛЛСЕПТ®, капсули по 250 мг, по 10 капсул у блістері; по 10 блістерів у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255632-21/3-36 від 08.04.2021** |
| **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 з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255632-21/3-36 від 08.04.2021** |
| **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 з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255632-21/3-36 від 08.04.2021** |
| **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 з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255632-21/3-36 від 08.04.2021** |
| **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 з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255632-21/3-36 від 08.04.2021** |
| **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 з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255632-21/3-36 від 08.04.2021** |
| **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 з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255632-21/3-36 від 08.04.2021** |
| **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 з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255632-21/3-36 від 08.04.2021** |
| **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 з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255632-21/3-36 від 08.04.2021** |
| **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 з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254938-21/3-60 від 30.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕТЕГИС®, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254938-21/3-60 від 30.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕТЕГИС®, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254938-21/3-60 від 30.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕТЕГИС®, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251824-21/В-134 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СІЛДЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг**<br>**по 1 таблетці у блістері, по 1 блістеру в пачці;**<br>**по 1 таблетці у блістері, по 2 блістери в пачці;**<br>**по 4 таблетки у блістері, по 1 блістеру в пачці.**<br>**Маркування українською мовою** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251824-21/В-134 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СІЛДЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг**<br>**по 1 таблетці у блістері, по 1 блістеру в пачці;**<br>**по 1 таблетці у блістері, по 2 блістери в пачці;**<br>**по 4 таблетки у блістері, по 1 блістеру в пачці.**<br>**Маркування українською мовою** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251824-21/В-134 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СІЛДЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг**<br>**по 1 таблетці у блістері, по 1 блістеру в пачці;**<br>**по 1 таблетці у блістері, по 2 блістери в пачці;**<br>**по 4 таблетки у блістері, по 1 блістеру в пачці.**<br>**Маркування українською мовою** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251824-21/В-134 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СІЛДЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг**<br>**по 1 таблетці у блістері, по 1 блістеру в пачці;**<br>**по 1 таблетці у блістері, по 2 блістери в пачці;**<br>**по 4 таблетки у блістері, по 1 блістеру в пачці.**<br>**Маркування українською мовою** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251824-21/В-134 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СІЛДЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг**<br>**по 1 таблетці у блістері, по 1 блістеру в пачці;**<br>**по 1 таблетці у блістері, по 2 блістери в пачці;**<br>**по 4 таблетки у блістері, по 1 блістеру в пачці.**<br>**Маркування українською мовою** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251824-21/В-134 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СІЛДЕКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг або по 100 мг**<br>**по 1 таблетці у блістері, по 1 блістеру в пачці;**<br>**по 1 таблетці у блістері, по 2 блістери в пачці;**<br>**по 4 таблетки у блістері, по 1 блістеру в пачці.**<br>**Маркування українською мовою** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252992-21/B-94, 252993-21/B-94 від 24.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОДЕРМ®, крем 0,1 %, по 25 г, 50 г у тубі, по 1 тубі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252992-21/B-94, 252993-21/B-94 від 24.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОДЕРМ®, крем 0,1 %, по 25 г, 50 г у тубі, по 1 тубі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252992-21/B-94, 252993-21/B-94 від 24.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОДЕРМ®, крем 0,1 %, по 25 г, 50 г у тубі, по 1 тубі в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250676-21/3-132, 250677-21/3-132 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛІФЕНАЦИН КСАНТІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250676-21/3-132, 250677-21/3-132 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛІФЕНАЦИН КСАНТІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250676-21/З-132, 250677-21/З-132 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛІФЕНАЦИН КСАНТІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250676-21/3-132, 250677-21/3-132 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛІФЕНАЦИН КСАНТІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250676-21/3-132, 250677-21/3-132 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛІФЕНАЦИН КСАНТІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250676-21/З-132, 250677-21/З-132 від 16.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛІФЕНАЦИН КСАНТІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг або 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 10 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249276-20/3-130 від 16.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛКОВАГІН, розчин, по 0,5 мл у флаконі зі скла; по 2 флакони в комплекті з гумовими пробками у контейнері з пінопласту; по 1 контейнеру в коробці** |
| **Заявник** | **МЕДА Фармасьютікалз Світселенд ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249276-20/3-130 від 16.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛКОВАГІН, розчин, по 0,5 мл у флаконі зі скла; по 2 флакони в комплекті з гумовими пробками у контейнері з пінопласту; по 1 контейнеру в коробці** |
| **Заявник** | **МЕДА Фармасьютікалз Світселенд ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249276-20/3-130 від 16.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛКОВАГІН, розчин, по 0,5 мл у флаконі зі скла; по 2 флакони в комплекті з гумовими пробками у контейнері з пінопласту; по 1 контейнеру в коробці** |
| **Заявник** | **МЕДА Фармасьютікалз Світселенд ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249280-20/3-126 від 16.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛКОСЕРИЛ, розчин для ін`єкцій 42,5 мг/мл; по 2 мл в ампулі; по 25 ампул в картонній упаковці; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **МЕДА Фармасьютікалз Світселенд ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249280-20/3-126 від 16.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛКОСЕРИЛ, розчин для ін`єкцій 42,5 мг/мл; по 2 мл в ампулі; по 25 ампул в картонній упаковці; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **МЕДА Фармасьютікалз Світселенд ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249280-20/3-126 від 16.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛКОСЕРИЛ, розчин для ін`єкцій 42,5 мг/мл; по 2 мл в ампулі; по 25 ампул в картонній упаковці; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **МЕДА Фармасьютікалз Світселенд ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249680-20/3-82 від 23.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛКОСЕРИЛ, гель 4,15 мг/г по 20 г гелю у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **МЕДА Фармасьютікалз Світселенд ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249680-20/3-82 від 23.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛКОСЕРИЛ, гель 4,15 мг/г по 20 г гелю у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **МЕДА Фармасьютікалз Світселенд ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249680-20/3-82 від 23.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛКОСЕРИЛ, гель 4,15 мг/г по 20 г гелю у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **МЕДА Фармасьютікалз Світселенд ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249666-20/3-82 від 22.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛКОСЕРИЛ, мазь 2,07 мг/г по 20 г мазі у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **МЕДА Фармасьютікалз Світселенд ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249666-20/3-82 від 22.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛКОСЕРИЛ, мазь 2,07 мг/г по 20 г мазі у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **МЕДА Фармасьютікалз Світселенд ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249666-20/3-82 від 22.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛКОСЕРИЛ, мазь 2,07 мг/г по 20 г мазі у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **МЕДА Фармасьютікалз Світселенд ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249275-20/3-126 від 16.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛКОСЕРИЛ ДЕНТАЛЬНА АДГЕЗИВНА ПАСТА, паста оромукозна; по 5 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **МЕДА Фармасьютікалз Світселенд ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249275-20/3-126 від 16.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛКОСЕРИЛ ДЕНТАЛЬНА АДГЕЗИВНА ПАСТА, паста оромукозна; по 5 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **МЕДА Фармасьютікалз Світселенд ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249275-20/3-126 від 16.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОЛКОСЕРИЛ ДЕНТАЛЬНА АДГЕЗИВНА ПАСТА, паста оромукозна; по 5 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **МЕДА Фармасьютікалз Світселенд ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255159-21/В-134 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОНДОКС®, таблетки по 0,015 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами; in bulk: № 10000 (по 10 таблеток у блістері; по 1000 блістерів у коробці з картону)** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255159-21/В-134 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОНДОКС®, таблетки по 0,015 г<br>по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами;<br>in bulk: № 10000 (по 10 таблеток у блістері; по 1000 блістерів у коробці з картону)** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255159-21/В-134 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОНДОКС®, таблетки по 0,015 г<br>по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами;<br>in bulk: № 10000 (по 10 таблеток у блістері; по 1000 блістерів у коробці з картону)** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255159-21/В-134 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОНДОКС®, таблетки по 0,015 г по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами; in bulk: № 10000 (по 10 таблеток у блістері; по 1000 блістерів у коробці з картону)** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255159-21/В-134 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОНДОКС®, таблетки по 0,015 г<br>по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами;<br>in bulk: № 10000 (по 10 таблеток у блістері; по 1000 блістерів у коробці з картону)** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255159-21/В-134 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОНДОКС®, таблетки по 0,015 г<br>по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами;<br>in bulk: № 10000 (по 10 таблеток у блістері; по 1000 блістерів у коробці з картону)** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250385-21/3-66, 250386-21/3-66, 250387-21/3-66 від 06.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПАЗМАЛГОН®, розчин для ін'єкцій, по 2 мл або 5 мл в ампулі; по 5 або 10 ампул у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Софарма", Болгарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250385-21/3-66, 250386-21/3-66, 250387-21/3-66 від 06.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПАЗМАЛГОН®, розчин для ін'єкцій, по 2 мл або 5 мл в ампулі; по 5 або 10 ампул у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Софарма", Болгарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250385-21/3-66, 250386-21/3-66, 250387-21/3-66 від 06.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПАЗМАЛГОН®, розчин для ін'єкцій, по 2 мл або 5 мл в ампулі; по 5 або 10 ампул у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Софарма", Болгарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253768-21/B-96 від 05.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПИРТОЛ®, розчин для зовнішнього застосування 70 % по 100 мл у флаконах** |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253768-21/B-96 від 05.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПИРТОЛ®, розчин для зовнішнього застосування 70 % по 100 мл у флаконах** |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253768-21/В-96 від 05.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПИРТОЛ®, розчин для зовнішнього застосування 70 % по 100 мл у флаконах** |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253969-21/В-96 від 10.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПИРТОЛ®, розчин для зовнішнього застосування 96 % по 100 мл у флаконах** |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253969-21/В-96 від 10.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПИРТОЛ®, розчин для зовнішнього застосування 96 % по 100 мл у флаконах** |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253969-21/В-96 від 10.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПИРТОЛ®, розчин для зовнішнього застосування 96 % по 100 мл у флаконах** |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249609-20/3-121 від 22.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СТИМОЛ®, порошок шипучий для приготування орального розчину по 1 г; по 1 г в пакетику з маркуванням українською та російською мовами; по 18 пакетиків в картонній коробці з маркуванням українською, російською та англійською мовами** |
| **Заявник** | **БІОКОДЕКС, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249609-20/3-121 від 22.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СТИМОЛ®, порошок шипучий для приготування орального розчину по 1 г; по 1 г в пакетику з маркуванням українською та російською мовами; по 18 пакетиків в картонній коробці з маркуванням українською, російською та англійською мовами** |
| **Заявник** | **БІОКОДЕКС, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249609-20/3-121 від 22.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СТИМОЛ®, порошок шипучий для приготування орального розчину по 1 г; по 1 г в пакетику з маркуванням українською та російською мовами; по 18 пакетиків в картонній коробці з маркуванням українською, російською та англійською мовами** |
| **Заявник** | **БІОКОДЕКС, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249611-20/3-121 від 22.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СТИМОЛ®, розчин оральний, 1 г/10 мл, по 10 мл у пакетику, по 18 пакетиків у картонній коробці** |
| **Заявник** | **БІОКОДЕКС, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249611-20/3-121 від 22.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СТИМОЛ®, розчин оральний, 1 г/10 мл, по 10 мл у пакетику, по 18 пакетиків у картонній коробці** |
| **Заявник** | **БІОКОДЕКС, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249611-20/3-121 від 22.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СТИМОЛ®, розчин оральний, 1 г/10 мл, по 10 мл у пакетику, по 18 пакетиків у картонній коробці** |
| **Заявник** | **БІОКОДЕКС, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249035-20/3-02 від 11.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СТИМУЛОТОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг, по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249035-20/3-02 від 11.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СТИМУЛОТОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг, по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249035-20/3-02 від 11.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СТИМУЛОТОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг, по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252038-21/3-66, 252039-21/3-66 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СТОПТУСИН-ТЕВА, краплі оральні, розчин, по 10 мл або 25 мл у флаконі з кришкою-крапельницею; по 1 флакону в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252038-21/3-66, 252039-21/3-66 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СТОПТУСИН-ТЕВА, краплі оральні, розчин, по 10 мл або 25 мл у флаконі з кришкою-крапельницею; по 1 флакону в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252038-21/3-66, 252039-21/3-66 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СТОПТУСИН-ТЕВА, краплі оральні, розчин, по 10 мл або 25 мл у флаконі з кришкою-крапельницею; по 1 флакону в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253370-21/B-66 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СУМАТРИПТАНУ СУКЦИНАТ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253370-21/В-66 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СУМАТРИПТАНУ СУКЦИНАТ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | |
|---|---|
| | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253370-21/B-66 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СУМАТРИПТАНУ СУКЦИНАТ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | |
|---|---|
| | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254367-21/3-98 від 18.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СУМІЛАР , капсули тверді по 5 мг/10 мг; по 7 капсул твердих у блістері; по 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254367-21/3-98 від 18.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СУМІЛАР , капсули тверді по 5 мг/10 мг; по 7 капсул твердих у блістері; по 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254367-21/3-98 від 18.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СУМІЛАР , капсули тверді по 5 мг/10 мг; по 7 капсул твердих у блістері; по 4 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252981-21/3-28 від 24.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАБЛЕТКИ ВІД ЗАХИТУВАННЯ ТА НУДОТИ, таблетки по 50 мг по 25 або 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252981-21/3-28 від 24.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАБЛЕТКИ ВІД ЗАХИТУВАННЯ ТА НУДОТИ, таблетки по 50 мг по 25 або 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252981-21/3-28 від 24.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАБЛЕТКИ ВІД ЗАХИТУВАННЯ ТА НУДОТИ, таблетки по 50 мг по 25 або 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253471-21/3-50 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАЛЛІТОН®, таблетки по 6,25 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;<br>по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці;<br>таблетки по 12,5 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці;<br>таблетки по 25 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253471-21/3-50 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАЛЛІТОН®, таблетки по 6,25 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;<br>по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці;<br>таблетки по 12,5 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці;<br>таблетки по 25 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253471-21/3-50 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАЛЛІТОН®, таблетки по 6,25 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;<br>по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці;<br>таблетки по 12,5 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці;<br>таблетки по 25 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253471-21/3-50 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАЛЛІТОН®, таблетки по 6,25 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;<br>по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці;<br>таблетки по 12,5 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці;<br>таблетки по 25 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253471-21/3-50 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАЛЛІТОН®, таблетки по 6,25 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;<br>по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці;<br>таблетки по 12,5 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці;<br>таблетки по 25 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253471-21/3-50 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАЛЛІТОН®, таблетки по 6,25 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;<br>по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці;<br>таблетки по 12,5 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці;<br>таблетки по 25 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253471-21/3-50 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАЛЛІТОН®, таблетки по 6,25 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;<br>по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці;<br>таблетки по 12,5 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці;<br>таблетки по 25 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253471-21/3-50 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАЛЛІТОН®, таблетки по 6,25 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;<br>по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці;<br>таблетки по 12,5 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці;<br>таблетки по 25 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253471-21/3-50 від 26.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАЛЛІТОН®, таблетки по 6,25 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;<br>по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці;<br>таблетки по 12,5 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці;<br>таблетки по 25 мг: по 20 або 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250874-21/3-88 від 19.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАРКА®, таблетки з модифікованим вивільненням, вкриті плівковою оболонкою, 2 мг/180 мг та 4 мг/240 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Лабораторіз ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250874-21/3-88 від 19.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАРКА®, таблетки з модифікованим вивільненням, вкриті плівковою оболонкою, 2 мг/180 мг та 4 мг/240 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Лабораторіз ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250874-21/3-88 від 19.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАРКА®, таблетки з модифікованим вивільненням, вкриті плівковою оболонкою, 2 мг/180 мг та 4 мг/240 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Лабораторіз ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250874-21/3-88 від 19.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАРКА®, таблетки з модифікованим вивільненням, вкриті плівковою оболонкою, 2 мг/180 мг та 4 мг/240 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Лабораторіз ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250874-21/3-88 від 19.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАРКА®, таблетки з модифікованим вивільненням, вкриті плівковою оболонкою, 2 мг/180 мг та 4 мг/240 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Лабораторіз ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250874-21/3-88 від 19.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАРКА®, таблетки з модифікованим вивільненням, вкриті плівковою оболонкою, 2 мг/180 мг та 4 мг/240 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Лабораторіз ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **245273-20/3-84, 254494-21/3-84 від 23.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАСИГНА, капсули тверді, по 150 мг: по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів у коробці з картону; по 200 мг: по 14 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці з картону; по 4 капсули у блістері, по 7 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **245273-20/3-84, 254494-21/3-84 від 23.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАСИГНА, капсули тверді, по 150 мг: по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів у коробці з картону; по 200 мг: по 14 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці з картону; по 4 капсули у блістері, по 7 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **245273-20/3-84, 254494-21/3-84 від 23.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАСИГНА, капсули тверді, по 150 мг: по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів у коробці з картону; по 200 мг: по 14 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці з картону; по 4 капсули у блістері, по 7 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **245273-20/3-84, 254494-21/3-84 від 23.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАСИГНА, капсули тверді, по 150 мг: по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів у коробці з картону; по 200 мг: по 14 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці з картону; по 4 капсули у блістері, по 7 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **245273-20/3-84, 254494-21/3-84 від 23.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАСИГНА, капсули тверді, по 150 мг: по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів у коробці з картону; по 200 мг: по 14 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці з картону; по 4 капсули у блістері, по 7 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **245273-20/3-84, 254494-21/3-84 від 23.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАСИГНА, капсули тверді, по 150 мг: по 4 капсули у блістері; по 7 блістерів у коробці з картону; по 200 мг: по 14 капсул у блістері; по 2 блістери у коробці з картону; по 4 капсули у блістері, по 7 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **230619-20/3-94 від 10.03.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕКСАКАЙНД, розчин для ін'єкцій 100 мг/мл, по 5 мл в ампулах, по 4 ампули у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Манкайнд Фарма Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **230619-20/3-94 від 10.03.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕКСАКАЙНД, розчин для ін'єкцій 100 мг/мл, по 5 мл в ампулах, по 4 ампули у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Манкайнд Фарма Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **230619-20/3-94 від 10.03.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕКСАКАЙНД, розчин для ін'єкцій 100 мг/мл, по 5 мл в ампулах, по 4 ампули у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Манкайнд Фарма Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253866-21/3-98 від 10.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОДАЛ®, капсули по 20 мг, по 100 мг по 1 капсулі у саше; по 5 або по 20 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253866-21/3-98 від 10.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОДАЛ®, капсули по 20 мг, по 100 мг по 1 капсулі у саше; по 5 або по 20 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253866-21/3-98 від 10.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОДАЛ®, капсули по 20 мг, по 100 мг по 1 капсулі у саше; по 5 або по 20 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253866-21/3-98 від 10.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОДАЛ®, капсули по 20 мг, по 100 мг по 1 капсулі у саше; по 5 або по 20 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253866-21/3-98 від 10.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОДАЛ®, капсули по 20 мг, по 100 мг по 1 капсулі у саше; по 5 або по 20 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253866-21/3-98 від 10.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОДАЛ®, капсули по 20 мг, по 100 мг по 1 капсулі у саше; по 5 або по 20 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254128-21/3-114 від 12.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОМЕДАК, капсули по 5 мг, по 20 мг, по 100 мг; по 5 або 20 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці**<br>**капсули по 140 мг, по 250 мг, по 180 мг; по 5 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254128-21/3-114 від 12.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОМЕДАК, капсули по 5 мг, по 20 мг, по 100 мг; по 5 або 20 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці**<br>**капсули по 140 мг, по 250 мг, по 180 мг; по 5 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254128-21/3-114 від 12.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОМЕДАК, капсули по 5 мг, по 20 мг, по 100 мг; по 5 або 20 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці**<br>**капсули по 140 мг, по 250 мг, по 180 мг; по 5 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254128-21/3-114 від 12.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОМЕДАК, капсули по 5 мг, по 20 мг, по 100 мг; по 5 або 20 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці**<br>**капсули по 140 мг, по 250 мг, по 180 мг; по 5 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254128-21/3-114 від 12.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОМЕДАК, капсули по 5 мг, по 20 мг, по 100 мг; по 5 або 20 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці**<br>**капсули по 140 мг, по 250 мг, по 180 мг; по 5 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254128-21/3-114 від 12.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОМЕДАК, капсули по 5 мг, по 20 мг, по 100 мг; по 5 або 20 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці**<br>**капсули по 140 мг, по 250 мг, по 180 мг; по 5 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254128-21/3-114 від 12.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОМЕДАК, капсули по 5 мг, по 20 мг, по 100 мг; по 5 або 20 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці**<br>**капсули по 140 мг, по 250 мг, по 180 мг; по 5 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254128-21/3-114 від 12.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОМЕДАК, капсули по 5 мг, по 20 мг, по 100 мг; по 5 або 20 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці**<br>**капсули по 140 мг, по 250 мг, по 180 мг; по 5 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254128-21/3-114 від 12.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОМЕДАК, капсули по 5 мг, по 20 мг, по 100 мг; по 5 або 20 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці**<br>**капсули по 140 мг, по 250 мг, по 180 мг; по 5 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254128-21/3-114 від 12.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОМЕДАК, капсули по 5 мг, по 20 мг, по 100 мг; по 5 або 20 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці**<br>**капсули по 140 мг, по 250 мг, по 180 мг; по 5 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254128-21/3-114 від 12.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОМЕДАК, капсули по 5 мг, по 20 мг, по 100 мг; по 5 або 20 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці**<br>**капсули по 140 мг, по 250 мг, по 180 мг; по 5 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254128-21/3-114 від 12.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОМЕДАК, капсули по 5 мг, по 20 мг, по 100 мг; по 5 або 20 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці**<br>**капсули по 140 мг, по 250 мг, по 180 мг; по 5 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254128-21/3-114 від 12.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОМЕДАК, капсули по 5 мг, по 20 мг, по 100 мг; по 5 або 20 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці**<br>**капсули по 140 мг, по 250 мг, по 180 мг; по 5 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254128-21/3-114 від 12.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОМЕДАК, капсули по 5 мг, по 20 мг, по 100 мг; по 5 або 20 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці**<br>**капсули по 140 мг, по 250 мг, по 180 мг; по 5 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254128-21/3-114 від 12.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОМЕДАК, капсули по 5 мг, по 20 мг, по 100 мг; по 5 або 20 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці**<br>**капсули по 140 мг, по 250 мг, по 180 мг; по 5 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254128-21/3-114 від 12.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОМЕДАК, капсули по 5 мг, по 20 мг, по 100 мг; по 5 або 20 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці**<br>**капсули по 140 мг, по 250 мг, по 180 мг; по 5 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254128-21/3-114 від 12.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОМЕДАК, капсули по 5 мг, по 20 мг, по 100 мг; по 5 або 20 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці**<br>**капсули по 140 мг, по 250 мг, по 180 мг; по 5 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254128-21/3-114 від 12.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕМОМЕДАК, капсули по 5 мг, по 20 мг, по 100 мг; по 5 або 20 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці**<br>**капсули по 140 мг, по 250 мг, по 180 мг; по 5 капсул у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **186586-18/3-113 від 09.01.2018** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕТАНУС АНТИТОКСИН, Розчин для ін`єкцій, не менше ніж 1000 МО/мл, по 1 мл у флаконі, по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Вінс Біопродактс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **186586-18/3-113 від 09.01.2018** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕТАНУС АНТИТОКСИН, Розчин для ін`єкцій, не менше ніж 1000 МО/мл, по 1 мл у флаконі, по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Вінс Біопродактс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **186586-18/3-113 від 09.01.2018** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕТАНУС АНТИТОКСИН, Розчин для ін`єкцій, не менше ніж 1000 МО/мл, по 1 мл у флаконі, по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Вінс Біопродактс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **237006-20/B-28 від 17.06.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕТРАЦИКЛІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **237006-20/B-28 від 17.06.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕТРАЦИКЛІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **237006-20/В-28 від 17.06.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕТРАЦИКЛІНУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254984-21/B-06 від 30.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТИУРЕКС®, таблетки, по 12,5 мг №30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці, №60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці, №90 (10х9): по 10 таблеток у блістері, по 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254984-21/B-06 від 30.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТИУРЕКС®, таблетки, по 12,5 мг №30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці, №60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці, №90 (10х9): по 10 таблеток у блістері, по 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254984-21/B-06 від 30.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТИУРЕКС®, таблетки, по 12,5 мг №30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці, №60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці, №90 (10х9): по 10 таблеток у блістері, по 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254986-21/В-06 від 30.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТИУРЕКС®, таблетки, по 50 мг №30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці, №60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці, №90 (10х9): по 10 таблеток у блістері, по 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254986-21/B-06 від 30.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТИУРЕКС®, таблетки, по 50 мг №30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці, №60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці, №90 (10х9): по 10 таблеток у блістері, по 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254986-21/В-06 від 30.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТИУРЕКС®, таблетки, по 50 мг №30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці, №60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці, №90 (10х9): по 10 таблеток у блістері, по 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254985-21/В-06 від 30.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТИУРЕКС®, таблетки, по 25 мг, №30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці, №60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці, №90 (10х9): по 10 таблеток у блістері, по 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254985-21/B-06 від 30.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТИУРЕКС®, таблетки, по 25 мг, №30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці, №60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці, №90 (10х9): по 10 таблеток у блістері, по 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254985-21/B-06 від 30.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТИУРЕКС®, таблетки, по 25 мг, №30 (10х3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці, №60 (10х6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці, №90 (10х9): по 10 таблеток у блістері, по 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249674-20/3-82 від 23.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІОКТАЦИД® 600Т, розчин для ін'єкцій (600 мг/24 мл); по 24 мл в ампулі, по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці;** |
| **Заявник** | **МЕДА Фарма ГмбХ енд Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249674-20/3-82 від 23.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІОКТАЦИД® 600Т, розчин для ін'єкцій (600 мг/24 мл); по 24 мл в ампулі, по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці;** |
| **Заявник** | **МЕДА Фарма ГмбХ енд Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249674-20/3-82 від 23.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІОКТАЦИД® 600Т, розчин для ін'єкцій (600 мг/24 мл); по 24 мл в ампулі, по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці;** |
| **Заявник** | **МЕДА Фарма ГмбХ енд Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251642-21/3-132, 251643-21/3-132, 251644-21/3-132 від 02.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТОБРОСОПТ®, краплі очні, розчин, 3 мг/мл по 5 мл розчину у безбарвному поліетиленовому флаконі-крапельниці, закритий кришкою білого кольору з гарантійним кільцем (з контролем першого відкриття); по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Варшавський фармацевтичний завод Польфа АТ, Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251642-21/3-132, 251643-21/3-132, 251644-21/3-132 від 02.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТОБРОСОПТ®, краплі очні, розчин, 3 мг/мл по 5 мл розчину у безбарвному поліетиленовому флаконі-крапельниці, закритий кришкою білого кольору з гарантійним кільцем (з контролем першого відкриття); по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Варшавський фармацевтичний завод Польфа АТ, Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251642-21/3-132, 251643-21/3-132, 251644-21/3-132 від 02.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТОБРОСОПТ®, краплі очні, розчин, 3 мг/мл по 5 мл розчину у безбарвному поліетиленовому флаконі-крапельниці, закритий кришкою білого кольору з гарантійним кільцем (з контролем першого відкриття); по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Варшавський фармацевтичний завод Польфа АТ, Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252293-21/3-92, 252294-21/3-92, 252295-21/3-92, 252296-21/3-92, 252297-21/3-92 від 15.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРАУМЕЛЬ С, розчин для ін'єкцій по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки в коробці з картону; по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці; по 20 контурних чарункових упаковок у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252293-21/3-92, 252294-21/3-92, 252295-21/3-92, 252296-21/3-92, 252297-21/3-92 від 15.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРАУМЕЛЬ С, розчин для ін'єкцій по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки в коробці з картону; по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці; по 20 контурних чарункових упаковок у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252293-21/3-92, 252294-21/3-92, 252295-21/3-92, 252296-21/3-92, 252297-21/3-92 від 15.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРАУМЕЛЬ С, розчин для ін'єкцій по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або 2 контурні чарункові упаковки в коробці з картону; по 2,2 мл в ампулі; по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці; по 20 контурних чарункових упаковок у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251878-21/В-45 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг або по 4 мг/1,25 мг/10 мг або по 8 мг/2,5 мг/5 мг або по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251878-21/В-45 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг або по 4 мг/1,25 мг/10 мг або по 8 мг/2,5 мг/5 мг або по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251878-21/В-45 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг або по 4 мг/1,25 мг/10 мг або по 8 мг/2,5 мг/5 мг або по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251878-21/В-45 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг або по 4 мг/1,25 мг/10 мг або по 8 мг/2,5 мг/5 мг або по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251878-21/В-45 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг або по 4 мг/1,25 мг/10 мг або по 8 мг/2,5 мг/5 мг або по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251878-21/В-45 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг або по 4 мг/1,25 мг/10 мг або по 8 мг/2,5 мг/5 мг або по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251878-21/В-45 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг або по 4 мг/1,25 мг/10 мг або по 8 мг/2,5 мг/5 мг або по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251878-21/В-45 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг або по 4 мг/1,25 мг/10 мг або по 8 мг/2,5 мг/5 мг або по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251878-21/В-45 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг або по 4 мг/1,25 мг/10 мг або по 8 мг/2,5 мг/5 мг або по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251878-21/В-45 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг або по 4 мг/1,25 мг/10 мг або по 8 мг/2,5 мг/5 мг або по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251878-21/В-45 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг або по 4 мг/1,25 мг/10 мг або по 8 мг/2,5 мг/5 мг або по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251878-21/В-45 від 09.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИ-АЛІТЕР®, таблетки по 4 мг/1,25 мг/5 мг або по 4 мг/1,25 мг/10 мг або по 8 мг/2,5 мг/5 мг або по 8 мг/2,5 мг/10 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252980-21/3-28 від 24.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИКАСАЙД, капсули по 500 мг по 15 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 30 капсул у флаконах** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252980-21/3-28 від 24.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИКАСАЙД, капсули по 500 мг по 15 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 30 капсул у флаконах** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252980-21/3-28 від 24.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИКАСАЙД, капсули по 500 мг по 15 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 30 капсул у флаконах** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251222-21/B-92 від 26.01.2021** |
| **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** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251222-21/B-92 від 26.01.2021** |
| **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** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251222-21/B-92 від 26.01.2021** |
| **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** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249279-20/3-130 від 16.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРАЛІТ-У®, гранули для орального розчину; 280 г гранул у контейнері; по 1 контейнеру у комплекті з мірною ложкою, індикаторним папером, контрольним календарем та затискачем у картонній коробці** |
| **Заявник** | **МЕДА Фарма ГмбХ енд Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249279-20/З-130 від 16.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРАЛІТ-У®, гранули для орального розчину;<br>280 г гранул у контейнері; по 1 контейнеру у комплекті з мірною ложкою, індикаторним папером, контрольним календарем та затискачем у картонній коробці** |
| **Заявник** | **МЕДА Фарма ГмбХ енд Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249279-20/З-130 від 16.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРАЛІТ-У®, гранули для орального розчину;<br>280 г гранул у контейнері; по 1 контейнеру у комплекті з мірною ложкою, індикаторним папером, контрольним календарем та затискачем у картонній коробці** |
| **Заявник** | **МЕДА Фарма ГмбХ енд Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254711-21/3-98, 254712-21/3-98, 254713-21/3-98, 254714-21/3-98, 254715-21/3-98, 254716-21/3-98, 254717-21/3-98, 254718-21/3-98, 254719-21/3-98 від 25.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРОТОЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 2 мг; № 28 (14х2), № 56 (14х4): по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254711-21/3-98, 254712-21/3-98, 254713-21/3-98, 254714-21/3-98, 254715-21/3-98, 254716-21/3-98, 254717-21/3-98, 254718-21/3-98, 254719-21/3-98 від 25.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРОТОЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 2 мг; № 28 (14х2), № 56 (14х4): по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254711-21/3-98, 254712-21/3-98, 254713-21/3-98, 254714-21/3-98, 254715-21/3-98, 254716-21/3-98, 254717-21/3-98, 254718-21/3-98, 254719-21/3-98 від 25.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **УРОТОЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 2 мг; № 28 (14х2), № 56 (14х4): по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **257638-21/В-39 від 17.05.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФАВІПІРАВІР-МІКРОХІМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг, по 10 таблеток у блістері, по 4 або 10 блістерів у пачці з картону; по 40 або 100 таблеток у банці у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **257638-21/В-39 від 17.05.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФАВІПІРАВІР-МІКРОХІМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг, по 10 таблеток у блістері, по 4 або 10 блістерів у пачці з картону; по 40 або 100 таблеток у банці у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **257638-21/В-39 від 17.05.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФАВІПІРАВІР-МІКРОХІМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг, по 10 таблеток у блістері, по 4 або 10 блістерів у пачці з картону; по 40 або 100 таблеток у банці у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254410-21/В-86 від 19.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФАРМАДИПІН®, краплі оральні 2 % по 5 мл або 25 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254410-21/В-86 від 19.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФАРМАДИПІН®, краплі оральні 2 % по 5 мл або 25 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254410-21/В-86 від 19.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФАРМАДИПІН®, краплі оральні 2 % по 5 мл або 25 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254533-21/В-134 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФАСТОФЕН, гель 25 мг/г по 30 г, 50 г у тубі з маркуванням українською мовами; по 1 тубі у пачці з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254533-21/В-134 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФАСТОФЕН, гель 25 мг/г по 30 г, 50 г у тубі з маркуванням українською мовами; по 1 тубі у пачці з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254533-21/В-134 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФАСТОФЕН, гель 25 мг/г по 30 г, 50 г у тубі з маркуванням українською мовами; по 1 тубі у пачці з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247923-20/B-94 від 24.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЕМІНАТІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 0,03 мг/3 мг, по 28 (21+7) таблеток у блістері; по 1 блістеру разом з календарною шкалою та тримачем для блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ВОРВАРТС ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247923-20/B-94 від 24.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЕМІНАТІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 0,03 мг/3 мг, по 28 (21+7) таблеток у блістері; по 1 блістеру разом з календарною шкалою та тримачем для блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ВОРВАРТС ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **247923-20/B-94 від 24.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЕМІНАТІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 0,03 мг/3 мг, по 28 (21+7) таблеток у блістері; по 1 блістеру разом з календарною шкалою та тримачем для блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ВОРВАРТС ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254537-21/В-134 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІТОСЕД®, капсули по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в пачці з картону з маркуванням українською мовою;**<br>**in bulk: № 1200 (по 1200 капсул у контейнерах);**<br>**in bulk: № 3750 (10х375) (по 10 капсул у блістері; по 375 блістерів у коробці)** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254537-21/B-134 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІТОСЕД®, капсули по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в пачці з картону з маркуванням українською мовою;**<br>**in bulk: № 1200 (по 1200 капсул у контейнерах);**<br>**in bulk: № 3750 (10х375) (по 10 капсул у блістері; по 375 блістерів у коробці)** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254537-21/B-134 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІТОСЕД®, капсули по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в пачці з картону з маркуванням українською мовою;**<br>**in bulk: № 1200 (по 1200 капсул у контейнерах);**<br>**in bulk: № 3750 (10x375) (по 10 капсул у блістері; по 375 блістерів у коробці)** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254599-21/В-114 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІТОСЕД®, настойка по 100 мл у флаконі скляному або полімерному; по 1 флакону в пачці; по 100 мл у банці скляній; по 1 банці в пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254599-21/В-114 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІТОСЕД®, настойка по 100 мл у флаконі скляному або полімерному; по 1 флакону в пачці; по 100 мл у банці скляній; по 1 банці в пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254599-21/В-114 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІТОСЕД®, настойка по 100 мл у флаконі скляному або полімерному; по 1 флакону в пачці; по 100 мл у банці скляній; по 1 банці в пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254537-21/В-134 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІТОСЕД®, капсули по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в пачці з картону з маркуванням українською мовою;**<br>**in bulk: № 1200 (по 1200 капсул у контейнерах);**<br>**in bulk: № 3750 (10х375) (по 10 капсул у блістері; по 375 блістерів у коробці)** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254537-21/B-134 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІТОСЕД®, капсули по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в пачці з картону з маркуванням українською мовою;**<br>**in bulk: № 1200 (по 1200 капсул у контейнерах);**<br>**in bulk: № 3750 (10х375) (по 10 капсул у блістері; по 375 блістерів у коробці)** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254537-21/B-134 від 24.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІТОСЕД®, капсули по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в пачці з картону з маркуванням українською мовою;**<br>**in bulk: № 1200 (по 1200 капсул у контейнерах);**<br>**in bulk: № 3750 (10x375) (по 10 капсул у блістері; по 375 блістерів у коробці)** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252339-21/3-94, 252340-21/3-94 від 16.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛАВАМЕД® ФОРТЕ, розчин оральний, 30 мг/5 мл, по 100 мл у флаконі, по 1 флакону з мірною ложкою в коробці** |
| **Заявник** | **БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252339-21/3-94, 252340-21/3-94 від 16.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛАВАМЕД® ФОРТЕ, розчин оральний, 30 мг/5 мл, по 100 мл у флаконі, по 1 флакону з мірною ложкою в коробці** |
| **Заявник** | **БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252339-21/3-94, 252340-21/3-94 від 16.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛАВАМЕД® ФОРТЕ, розчин оральний, 30 мг/5 мл, по 100 мл у флаконі, по 1 флакону з мірною ложкою в коробці** |
| **Заявник** | **БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253037-21/B-50 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУКОНАЗОЛ-ЗДОРОВ'Я ФОРТЕ, Капсули тверді по 200 мг; по 1, або 2, або 3, або 4, або 7, або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253037-21/B-50 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУКОНАЗОЛ-ЗДОРОВ'Я ФОРТЕ, Капсули тверді по 200 мг; по 1, або 2, або 3, або 4, або 7, або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253037-21/В-50 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУКОНАЗОЛ-ЗДОРОВ'Я ФОРТЕ, Капсули тверді по 200 мг; по 1, або 2, або 3, або 4, або 7, або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255161-21/В-118 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг, по 100 мг, по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 150 мг, по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 200 мг; по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255161-21/В-118 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг, по 100 мг, по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 150 мг, по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 200 мг; по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255161-21/В-118 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг, по 100 мг, по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 150 мг, по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 200 мг; по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255161-21/В-118 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг, по 100 мг, по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 150 мг, по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 200 мг; по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255161-21/В-118 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг, по 100 мг, по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 150 мг, по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 200 мг; по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255161-21/В-118 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг, по 100 мг, по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 150 мг, по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 200 мг; по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255161-21/В-118 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг, по 100 мг, по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 150 мг, по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 200 мг; по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255161-21/В-118 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг, по 100 мг, по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 150 мг, по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 200 мг; по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255161-21/В-118 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг, по 100 мг, по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 150 мг, по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 200 мг; по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255161-21/В-118 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг, по 100 мг, по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 150 мг, по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 200 мг; по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255161-21/В-118 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг, по 100 мг, по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 150 мг, по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 200 мг; по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255161-21/В-118 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУКОНАЗОЛ-ТЕВА, капсули тверді по 50 мг, по 100 мг, по 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 150 мг, по 1 капсулі у блістері; по 1 блістеру в коробці; по 200 мг; по 1 або 4 або 7 або 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255174-21/В-134 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФТАЛАЗОЛ, таблетки по 0,5 г по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 10 блістерів в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255174-21/В-134 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФТАЛАЗОЛ, таблетки по 0,5 г по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 10 блістерів в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255174-21/В-134 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФТАЛАЗОЛ, таблетки по 0,5 г по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 10 блістерів в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250947-21/3-06 від 20.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХАЛОВАТ, крем 0,05% по 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250947-21/3-06 від 20.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХАЛОВАТ, крем 0,05% по 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250947-21/3-06 від 20.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХАЛОВАТ, крем 0,05% по 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Гленмарк Фармасьютикалз Лтд., Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252743-21/З-130 від 23.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХАРВОНІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг/400 мг; по 28 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Гілеад Сайєнсиз, Інк., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252743-21/3-130 від 23.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХАРВОНІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг/400 мг; по 28 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Гілеад Сайєнсиз, Інк., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252743-21/3-130 від 23.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХАРВОНІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг/400 мг; по 28 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Гілеад Сайєнсиз, Інк., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255109-21/В-114 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕЛІСКАН®, настойка, по 100 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону; по 100 мл у банці; по 1 банці у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255109-21/В-114 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕЛІСКАН®, настойка, по 100 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону; по 100 мл у банці; по 1 банці у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **255109-21/В-114 від 01.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕЛІСКАН®, настойка, по 100 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону; по 100 мл у банці; по 1 банці у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240198-20/B-130 від 05.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО, порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком по 4 г порошку в саше по 10 саше у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240198-20/B-130 від 05.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО, порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком по 4 г порошку в саше по 10 саше у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240198-20/B-130 від 05.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО, порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком по 4 г порошку в саше по 10 саше у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240198-20/B-130 від 05.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО, порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком по 4 г порошку в саше по 10 саше у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240198-20/B-130 від 05.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО, порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком по 4 г порошку в саше по 10 саше у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240198-20/B-130 від 05.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО, порошок для орального розчину з лимонним або малиновим смаком по 4 г порошку в саше по 10 саше у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **256009-21/В-88 від 14.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХІМОТРИПСИН КРИСТАЛІЧНИЙ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 0,01 г 5 флаконів з ліофілізатом у блістері; по 2 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **256009-21/В-88 від 14.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХІМОТРИПСИН КРИСТАЛІЧНИЙ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 0,01 г 5 флаконів з ліофілізатом у блістері; по 2 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **256009-21/В-88 від 14.04.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХІМОТРИПСИН КРИСТАЛІЧНИЙ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 0,01 г 5 флаконів з ліофілізатом у блістері; по 2 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290 (відмова)** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист не рекомендація** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252027-21/3-88 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХУМІРА® , розчин для ін'єкцій, 40 мг/0,4 мл; 20 мг/0,2 мл; 40 мг/0,8 мл; по 0,4 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці; по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом (в ламінованому поліетиленом папері), вміщені у контурну чарункову упаковку; по 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці;**<br>**по 0,2 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці, по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом (в ламінованому поліетиленом папері), вміщують у контурну чарункову упаковку; по 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці;**<br>**по 0,8 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці; по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом, вміщені у контурну чарункову упаковку; по 1 або 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці ;**<br>**по 0,8 мл у флаконі для одноразового використання; по 1 флакону, 1 стерильному шприцу, 1 стерильній голці, 1 стерильному адаптеру для флакона, 2 серветками (просякнутими 70 % ізопропіловим спиртом) у наборі у внутрішній картонній коробці; по 2 набори у зовнішній картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято оператором ВКК | (дата)<br>**__.__.2021** | (П.І.Б. заявник) |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252027-21/3-88 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХУМІРА® , розчин для ін'єкцій, 40 мг/0,4 мл; 20 мг/0,2 мл; 40 мг/0,8 мл; по 0,4 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці; по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом (в ламінованому поліетиленом папері), вміщені у контурну чарункову упаковку; по 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці;**<br>**по 0,2 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці, по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом (в ламінованому поліетиленом папері), вміщують у контурну чарункову упаковку; по 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці;**<br>**по 0,8 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці; по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом, вміщені у контурну чарункову упаковку; по 1 або 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці ;**<br>**по 0,8 мл у флаконі для одноразового використання; по 1 флакону, 1 стерильному шприцу, 1 стерильній голці, 1 стерильному адаптеру для флакона, 2 серветками (просякнутими 70 % ізопропіловим спиртом) у наборі у внутрішній картонній коробці; по 2 набори у зовнішній картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

| | | |
|---|---|---|
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252027-21/3-88 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХУМІРА® , розчин для ін'єкцій, 40 мг/0,4 мл; 20 мг/0,2 мл; 40 мг/0,8 мл; по 0,4 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці; по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом (в ламінованому поліетиленом папері), вміщені у контурну чарункову упаковку; по 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці;**<br>**по 0,2 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці, по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом (в ламінованому поліетиленом папері), вміщують у контурну чарункову упаковку; по 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці;**<br>**по 0,8 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці; по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом, вміщені у контурну чарункову упаковку; по 1 або 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці ;**<br>**по 0,8 мл у флаконі для одноразового використання; по 1 флакону, 1 стерильному шприцу, 1 стерильній голці, 1 стерильному адаптеру для флакона, 2 серветками (просякнутими 70 % ізопропіловим спиртом) у наборі у внутрішній картонній коробці; по 2 набори у зовнішній картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

| | | |
|---|---|---|
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252027-21/3-88 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХУМІРА® , розчин для ін'єкцій, 40 мг/0,4 мл; 20 мг/0,2 мл; 40 мг/0,8 мл; по 0,4 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці; по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом (в ламінованому поліетиленом папері), вміщені у контурну чарункову упаковку; по 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці;**<br>**по 0,2 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці, по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом (в ламінованому поліетиленом папері), вміщують у контурну чарункову упаковку; по 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці;**<br>**по 0,8 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці; по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом, вміщені у контурну чарункову упаковку; по 1 або 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці ;**<br>**по 0,8 мл у флаконі для одноразового використання; по 1 флакону, 1 стерильному шприцу, 1 стерильній голці, 1 стерильному адаптеру для флакона, 2 серветками (просякнутими 70 % ізопропіловим спиртом) у наборі у внутрішній картонній коробці; по 2 набори у зовнішній картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято оператором ВКК | (дата)<br>**__.__.2021** | (П.І.Б. заявник) |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252027-21/3-88 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХУМІРА® , розчин для ін'єкцій, 40 мг/0,4 мл; 20 мг/0,2 мл; 40 мг/0,8 мл; по 0,4 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці; по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом (в ламінованому поліетиленом папері), вміщені у контурну чарункову упаковку; по 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці;**<br>**по 0,2 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці, по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом (в ламінованому поліетиленом папері), вміщують у контурну чарункову упаковку; по 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці;**<br>**по 0,8 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці; по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом, вміщені у контурну чарункову упаковку; по 1 або 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці ;**<br>**по 0,8 мл у флаконі для одноразового використання; по 1 флакону, 1 стерильному шприцу, 1 стерильній голці, 1 стерильному адаптеру для флакона, 2 серветками (просякнутими 70 % ізопропіловим спиртом) у наборі у внутрішній картонній коробці; по 2 набори у зовнішній картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

| | | |
|---|---|---|
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252027-21/3-88 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХУМІРА® , розчин для ін'єкцій, 40 мг/0,4 мл; 20 мг/0,2 мл; 40 мг/0,8 мл; по 0,4 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці; по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом (в ламінованому поліетиленом папері), вміщені у контурну чарункову упаковку; по 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці;**<br>**по 0,2 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці, по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом (в ламінованому поліетиленом папері), вміщують у контурну чарункову упаковку; по 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці;**<br>**по 0,8 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці; по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом, вміщені у контурну чарункову упаковку; по 1 або 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці ;**<br>**по 0,8 мл у флаконі для одноразового використання; по 1 флакону, 1 стерильному шприцу, 1 стерильній голці, 1 стерильному адаптеру для флакона, 2 серветками (просякнутими 70 % ізопропіловим спиртом) у наборі у внутрішній картонній коробці; по 2 набори у зовнішній картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

| | | |
|---|---|---|
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252027-21/3-88 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХУМІРА® , розчин для ін'єкцій, 40 мг/0,4 мл; 20 мг/0,2 мл; 40 мг/0,8 мл; по 0,4 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці; по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом (в ламінованому поліетиленом папері), вміщені у контурну чарункову упаковку; по 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці;**<br>**по 0,2 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці, по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом (в ламінованому поліетиленом папері), вміщують у контурну чарункову упаковку; по 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці;**<br>**по 0,8 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці; по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом, вміщені у контурну чарункову упаковку; по 1 або 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці ;**<br>**по 0,8 мл у флаконі для одноразового використання; по 1 флакону, 1 стерильному шприцу, 1 стерильній голці, 1 стерильному адаптеру для флакона, 2 серветками (просякнутими 70 % ізопропіловим спиртом) у наборі у внутрішній картонній коробці; по 2 набори у зовнішній картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |

| | | |
|---|---|---|
| Прийнято оператором ВКК | (дата)<br>**__.__.2021** | (П.І.Б. заявник) |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252027-21/3-88 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХУМІРА® , розчин для ін'єкцій, 40 мг/0,4 мл; 20 мг/0,2 мл; 40 мг/0,8 мл; по 0,4 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці; по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом (в ламінованому поліетиленом папері), вміщені у контурну чарункову упаковку; по 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці;**<br>**по 0,2 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці, по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом (в ламінованому поліетиленом папері), вміщують у контурну чарункову упаковку; по 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці;**<br>**по 0,8 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці; по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом, вміщені у контурну чарункову упаковку; по 1 або 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці ;**<br>**по 0,8 мл у флаконі для одноразового використання; по 1 флакону, 1 стерильному шприцу, 1 стерильній голці, 1 стерильному адаптеру для флакона, 2 серветками (просякнутими 70 % ізопропіловим спиртом) у наборі у внутрішній картонній коробці; по 2 набори у зовнішній картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

| | | |
|---|---|---|
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **252027-21/3-88 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХУМІРА® , розчин для ін'єкцій, 40 мг/0,4 мл; 20 мг/0,2 мл; 40 мг/0,8 мл; по 0,4 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці; по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом (в ламінованому поліетиленом папері), вміщені у контурну чарункову упаковку; по 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці;**<br>**по 0,2 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці, по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом (в ламінованому поліетиленом папері), вміщують у контурну чарункову упаковку; по 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці;**<br>**по 0,8 мл розчину у попередньо наповненому однодозовому шприці; по 1 шприцу разом з 1 серветкою, просякнутою 70 % ізопропіловим спиртом, вміщені у контурну чарункову упаковку; по 1 або 2 шприци (у контурній чарунковій упаковці з 1 серветкою кожен) у картонній коробці ;**<br>**по 0,8 мл у флаконі для одноразового використання; по 1 флакону, 1 стерильному шприцу, 1 стерильній голці, 1 стерильному адаптеру для флакона, 2 серветками (просякнутими 70 % ізопропіловим спиртом) у наборі у внутрішній картонній коробці; по 2 набори у зовнішній картонній коробці;** |
| **Заявник** | **ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | |
|---|---|
| Відмовлено, причина | |

| | | |
|---|---|---|
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253157-21/3-130 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕТРОТІД® 0,25 МГ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 0,25 мг**<br>**1 флакон з порошком у комплекті з 1 попередньо заповненим шприцом з розчинником (вода для ін`єкцій) по 1 мл, 1 голкою для розчинення, 1 голкою для ін`єкцій та 2 тампонами, просоченими спиртом, у контурній чарунковій упаковці;**<br>**по 7 контурних чарункових упаковок в картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Арес Трейдінг С.А., Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253157-21/3-130 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕТРОТІД® 0,25 МГ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 0,25 мг**<br>**1 флакон з порошком у комплекті з 1 попередньо заповненим шприцом з розчинником (вода для ін`єкцій) по 1 мл, 1 голкою для розчинення, 1 голкою для ін`єкцій та 2 тампонами, просоченими спиртом, у контурній чарунковій упаковці;**<br>**по 7 контурних чарункових упаковок в картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Арес Трейдінг С.А., Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253157-21/3-130 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕТРОТІД® 0,25 МГ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 0,25 мг**<br>**1 флакон з порошком у комплекті з 1 попередньо заповненим шприцом з розчинником (вода для ін`єкцій) по 1 мл, 1 голкою для розчинення, 1 голкою для ін`єкцій та 2 тампонами, просоченими спиртом, у контурній чарунковій упаковці;**<br>**по 7 контурних чарункових упаковок в картонній коробці;** |
| **Заявник** | **Арес Трейдінг С.А., Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254240-21/B-94, 254241-21/B-94 від 16.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФМА ДИТЯЧА СУСПЕНЗІЯ, порошок для оральної суспензії, 40 мг/5 мл, по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону та шприцу у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254240-21/B-94, 254241-21/B-94 від 16.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФМА ДИТЯЧА СУСПЕНЗІЯ, порошок для оральної суспензії, 40 мг/5 мл, по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону та шприцу у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **254240-21/B-94, 254241-21/B-94 від 16.03.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФМА ДИТЯЧА СУСПЕНЗІЯ, порошок для оральної суспензії, 40 мг/5 мл, по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону та шприцу у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251985-21/3-132, 251987-21/3-132 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФУРОКСИМ 750 МГ, порошок для розчину для ін`єкцій по 750 мг, по 1 або 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ААР Фарма ФЗ-ЛЛС, Об'єднані Арабські Емірати** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251985-21/3-132, 251987-21/3-132 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФУРОКСИМ 750 МГ, порошок для розчину для ін`єкцій по 750 мг, по 1 або 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ААР Фарма ФЗ-ЛЛС, Об'єднані Арабські Емірати** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **251985-21/3-132, 251987-21/3-132 від 10.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕФУРОКСИМ 750 МГ, порошок для розчину для ін`єкцій по 750 мг, по 1 або 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ААР Фарма ФЗ-ЛЛС, Об'єднані Арабські Емірати** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249917-20/3-116 від 29.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИКЛОМЕД, краплі очні 1 % по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **СЕНТІСС ФАРМА Прайвет Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249917-20/3-116 від 29.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИКЛОМЕД, краплі очні 1 % по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **СЕНТІСС ФАРМА Прайвет Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **249917-20/3-116 від 29.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИКЛОМЕД, краплі очні 1 % по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **СЕНТІСС ФАРМА Прайвет Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240234-20/B-92 від 05.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИПРОФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Дослідний завод "ГНЦЛС", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240234-20/В-92 від 05.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИПРОФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Дослідний завод "ГНЦЛС", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **240234-20/B-92 від 05.08.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИПРОФЛОКСАЦИН, таблетки, вкриті оболонкою, по 250 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Дослідний завод "ГНЦЛС", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253069-21/В-39 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИПРОФЛОКСАЦИН - НОВОФАРМ, розчин для інфузій, 2 мг/мл по 100 мл та по 200 мл у пляшці, по 1 пляшці в пачці картону; по 100 мл та по 200 мл у скляних пляшках** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю фірма "Новофарм-Біосинтез", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253069-21/B-39 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИПРОФЛОКСАЦИН - НОВОФАРМ, розчин для інфузій, 2 мг/мл по 100 мл та по 200 мл у пляшці, по 1 пляшці в пачці картону; по 100 мл та по 200 мл у скляних пляшках** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю фірма "Новофарм-Біосинтез", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **253069-21/В-39 від 25.02.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИПРОФЛОКСАЦИН - НОВОФАРМ, розчин для інфузій, 2 мг/мл по 100 мл та по 200 мл у пляшці, по 1 пляшці в пачці картону; по 100 мл та по 200 мл у скляних пляшках** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю фірма "Новофарм-Біосинтез", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250236-21/B-28 від 04.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИПРОФЛОКСОФАРМ, краплі очні/ вушні, розчин 0,3 % по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ФОРС-ФАРМА ДИСТРИБЮШН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250236-21/В-28 від 04.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИПРОФЛОКСОФАРМ, краплі очні/ вушні, розчин 0,3 % по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ФОРС-ФАРМА ДИСТРИБЮШН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **250236-21/В-28 від 04.01.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИПРОФЛОКСОФАРМ, краплі очні/ вушні, розчин 0,3 % по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ФОРС-ФАРМА ДИСТРИБЮШН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248535-20/3-06 від 02.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИФРАН, таблетки, вкриті оболонкою по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248535-20/3-06 від 02.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИФРАН, таблетки, вкриті оболонкою по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **248535-20/3-06 від 02.12.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИФРАН, таблетки, вкриті оболонкою по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246772-20/3-86 від 05.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИФРАН, таблетки, вкриті оболонкою по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246772-20/3-86 від 05.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИФРАН, таблетки, вкриті оболонкою по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **246772-20/3-86 від 05.11.2020** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИФРАН, таблетки, вкриті оболонкою по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **28.06.2021 р. № 1290** |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником СЛ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2021** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |