**Фірмовий бланк з реквізитами фірми, що надає лист**

**Директору**

**Державного експертного центру**

**МОЗ України**

**Думенко Т.М.**

**Шановна Тетяно Михайлівно!**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ доводить до вашого відому, що відповідно (ПІБ фізичної особи /назва юридичної особи – представника Заявника)

до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(назва та реквізити довіреності чи іншого уповноважуючого документу)( найменування особи – Заявника)

є уповноваженою/контактною особою, відповідальною за фармаконагляд у Заявника, та має право передавати та отримувати інформацію з безпеки лікарських засобів, вакцин, туберкуліну, що Заявник представляє на ринку України, через створення персонального електронного кабінету Заявника (ЕКЗ) в Автоматизованій інформаційній системі з фармаконагляду (АІСФ).

Враховуючи вищенаведене, повідомляємо, що особою, відповідальною за безпосереднє здійснення взаємодії з Державним експертним центром МОЗ, а також – за розголошення, недобросовісне комерційне та інше неправомірне використання інформації, у т.ч. електронних ключів (логін/пароль) доступу до ЕКЗ, отриманих у зв’язку із здійсненням вищезазначених повноважень є \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ПІБ, посада уповноваженої особи )

а адреса електронної пошти для надіслання вами інформації на ім’я зазначеної особи є \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (електронна адреса)

У разі зміни уповноваженої/контактної особи Державний експертний центр МОЗ буде повідомлено у найкоротші терміни.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ПІБ фізичної особи /керівника юридичної особи – представника (Підпис керівника)

Заявника, власника реєстраційного посвідчення)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Дата) (М.П.)