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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **263643-21/З-97 від 30.08.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **FULVESTRANT SANDOZ® ФУЛВЕСТРАНТ САНДОЗ®, розчин для ін'єкцій, 250 мг/5 мл, у попередньо наповненому шприці по 250 мг/5 мл; по 2 попередньо наповнених шприца у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.11.2021 р. № 2510 (автентичність)** |
| **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** | **263643-21/З-97 від 30.08.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **FULVESTRANT SANDOZ® ФУЛВЕСТРАНТ САНДОЗ®, розчин для ін'єкцій, 250 мг/5 мл, у попередньо наповненому шприці по 250 мг/5 мл; по 2 попередньо наповнених шприца у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.11.2021 р. № 2510 (автентичність)** |
| **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** | **263643-21/З-97 від 30.08.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **FULVESTRANT SANDOZ® ФУЛВЕСТРАНТ САНДОЗ®, розчин для ін'єкцій, 250 мг/5 мл, у попередньо наповненому шприці по 250 мг/5 мл; по 2 попередньо наповнених шприца у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.11.2021 р. № 2510 (автентичність)** |
| **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** | **265524-21/З-92 від 01.10.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНКАСПАР/ONCASPAR, порошок для розчину для ін`єкцій/інфузій, 750 МО/мл, по 3750 МО у флаконі, по 1 флакону в коробці з картону** |
| **Заявник** | **ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Францiя** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.11.2021 р. № 2510 (автентичність)** |
| **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** | **265524-21/З-92 від 01.10.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНКАСПАР/ONCASPAR, порошок для розчину для ін`єкцій/інфузій, 750 МО/мл, по 3750 МО у флаконі, по 1 флакону в коробці з картону** |
| **Заявник** | **ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Францiя** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.11.2021 р. № 2510 (автентичність)** |
| **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** | **265524-21/З-92 від 01.10.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНКАСПАР/ONCASPAR, порошок для розчину для ін`єкцій/інфузій, 750 МО/мл, по 3750 МО у флаконі, по 1 флакону в коробці з картону** |
| **Заявник** | **ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Францiя** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.11.2021 р. № 2510 (автентичність)** |
| **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** | **266174-21/З-92 від 19.10.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНКАСПАР/ONCASPAR, порошок для розчину для ін`єкцій/інфузій, 750 МО/мл, по 3750 МО у флаконі, по 1 флакону в коробці з картону** |
| **Заявник** | **ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Францiя** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.11.2021 р. № 2510 (автентичність)** |
| **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** | **266174-21/З-92 від 19.10.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНКАСПАР/ONCASPAR, порошок для розчину для ін`єкцій/інфузій, 750 МО/мл, по 3750 МО у флаконі, по 1 флакону в коробці з картону** |
| **Заявник** | **ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Францiя** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.11.2021 р. № 2510 (автентичність)** |
| **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** | **266174-21/З-92 від 19.10.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНКАСПАР/ONCASPAR, порошок для розчину для ін`єкцій/інфузій, 750 МО/мл, по 3750 МО у флаконі, по 1 флакону в коробці з картону** |
| **Заявник** | **ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Францiя** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.11.2021 р. № 2510 (автентичність)** |
| **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** | **262976-21/З-61 від 16.08.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНКАСПАР/ONCASPAR, порошок для розчину для ін`єкцій/інфузій, 750 МО/мл, по 3750 МО у флаконі, по 1 флакону в коробці з картону** |
| **Заявник** | **ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Францiя** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.11.2021 р. № 2510 (автентичність, 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** | **262976-21/З-61 від 16.08.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНКАСПАР/ONCASPAR, порошок для розчину для ін`єкцій/інфузій, 750 МО/мл, по 3750 МО у флаконі, по 1 флакону в коробці з картону** |
| **Заявник** | **ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Францiя** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.11.2021 р. № 2510 (автентичність, 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** | **262976-21/З-61 від 16.08.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОНКАСПАР/ONCASPAR, порошок для розчину для ін`єкцій/інфузій, 750 МО/мл, по 3750 МО у флаконі, по 1 флакону в коробці з картону** |
| **Заявник** | **ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Францiя** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.11.2021 р. № 2510 (автентичність, 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** | **262751-21/З-92 від 11.08.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **Хуліо, розчин для ін'єкцій 40 мг/0,8 мл, по 0,8 мл розчину для ін'єкцій у попередньо наповненому однодозовому шприці або попередньо наповненому однодозовому шприці-ручці; по 2 попередньо наповнених однодозових шприців або шприців-ручок у блістерах в комплекті з 2 спиртовими серветками в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Майлан С.А.С., Францiя** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.11.2021 р. № 2510 (автентичність)** |
| **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** | **262751-21/З-92 від 11.08.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **Хуліо, розчин для ін'єкцій 40 мг/0,8 мл, по 0,8 мл розчину для ін'єкцій у попередньо наповненому однодозовому шприці або попередньо наповненому однодозовому шприці-ручці; по 2 попередньо наповнених однодозових шприців або шприців-ручок у блістерах в комплекті з 2 спиртовими серветками в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Майлан С.А.С., Францiя** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.11.2021 р. № 2510 (автентичність)** |
| **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** | **262751-21/З-92 від 11.08.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **Хуліо, розчин для ін'єкцій 40 мг/0,8 мл, по 0,8 мл розчину для ін'єкцій у попередньо наповненому однодозовому шприці або попередньо наповненому однодозовому шприці-ручці; по 2 попередньо наповнених однодозових шприців або шприців-ручок у блістерах в комплекті з 2 спиртовими серветками в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Майлан С.А.С., Францiя** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.11.2021 р. № 2510 (автентичність)** |
| **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) |