



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
м. Київ

РЕЄСТРАЦІЙНЕ ПОСВІДЧЕННЯ
на лікарський засіб,
медичний імунобіологічний препарат,
препарат крові

№ _____

Рішення про екстрену державну реєстрацію лікарського засобу, медичного імунобіологічного препарату, препарату крові затверджене наказом МОЗ від _____ 20__ р. № _____.

Відповідно до Закону України від 24 лютого 2022 року № 2102-IX «Про затвердження Указу Президента України «Про введення воєнного стану в Україні», Закону України від 12 травня 2015 року № 389-VIII «Про правовий режим воєнного стану»

лікарський засіб, медичний імунобіологічний препарат, препарат крові

(необхідне підкреслити)

zareestrovano v Ukraїni strokom na odin rik dlia zastosuvannya medichnimi pracivnikami, zokrema u zakladaх охорони здоров'я, bez prava realizacії.

Строк дії реєстраційного посвідчення на території України на період введення воєнного стану.

Лікарський засіб, медичний імунобіологічний препарат, препарат крові зареєстрований під зобов'язання:

Заявник лікарського засобу, медичного імунобіологічного препарату, препарату крові та його місцезнаходження

Реєстраційне посвідчення оформлене _____ 20__ року.

ІНФОРМАЦІЯ

про лікарський засіб, медичний імунобіологічний препарат, препарат крові

Назва _____

Лікарська форма, дозування _____

Шлях введення _____

Код анатомо-терапевтично-хімічної класифікації _____

Показання для готового лікарського засобу, медичного імунобіологічного препарату, препарату крові _____

Вид, розмір та комплектність упаковки _____

Строк придатності _____

Виробник лікарського засобу, медичного імунобіологічного препарату, препарату крові _____

ВИСНОВКИ

про якісний та кількісний склад лікарського засобу,
медичного імунобіологічного препарату, препарату крові

1. Назва лікарського засобу лікарського засобу, медичного імунобіологічного препарату, препарату крові, лікарська форма, дозування _____

2. Якісний та кількісний склад лікарського засобу, лікарського засобу, медичного імунобіологічного препарату, препарату крові

діючі речовини _____

допоміжні речовини _____

(посада особи, яка підписала
реєстраційне посвідчення)_____
(підпис)_____
(ініціали та прізвище)