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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **280715-22/З-45 від 07.09.2022** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **МЕРКАПТОПУРИН ТІЛЛОМЕД 50 МГ ТАБЛЕТКИ ГЕНЕРІК, таблетки по 50 мг, по 25 таблеток у флаконі в пачці** | |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **03.10.2022 р. № 1789\_екстрена реєстрація** | |
| **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: | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **280715-22/З-45 від 07.09.2022** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **МЕРКАПТОПУРИН ТІЛЛОМЕД 50 МГ ТАБЛЕТКИ ГЕНЕРІК, таблетки по 50 мг, по 25 таблеток у флаконі в пачці** | |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **03.10.2022 р. № 1789\_екстрена реєстрація** | |
| **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 | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **280715-22/З-45 від 07.09.2022** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **МЕРКАПТОПУРИН ТІЛЛОМЕД 50 МГ ТАБЛЕТКИ ГЕНЕРІК, таблетки по 50 мг, по 25 таблеток у флаконі в пачці** | |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **03.10.2022 р. № 1789\_екстрена реєстрація** | |
| **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 | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **280714-22/З-137 від 07.09.2022** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Рифампіцин 150 мг - Ізоніазид 75 мг - Піразинамід 400 мг - Етамбутолу гідрохлорид 275 мг Таблетки Ф.США (Rifampicin 150 mg - Isoniazid 75 mg - Pyrazinamide 400 mg - Ethambutol Hydrochloride 275 mg Tablets USP), таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 28 таблеток у блістері. По 24 блістери у картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **Люпін Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **03.10.2022 р. № 1789\_екстрена реєстрація** | |
| **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: | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **280714-22/З-137 від 07.09.2022** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Рифампіцин 150 мг - Ізоніазид 75 мг - Піразинамід 400 мг - Етамбутолу гідрохлорид 275 мг Таблетки Ф.США (Rifampicin 150 mg - Isoniazid 75 mg - Pyrazinamide 400 mg - Ethambutol Hydrochloride 275 mg Tablets USP), таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 28 таблеток у блістері. По 24 блістери у картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **Люпін Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **03.10.2022 р. № 1789\_екстрена реєстрація** | |
| **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 | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **280714-22/З-137 від 07.09.2022** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Рифампіцин 150 мг - Ізоніазид 75 мг - Піразинамід 400 мг - Етамбутолу гідрохлорид 275 мг Таблетки Ф.США (Rifampicin 150 mg - Isoniazid 75 mg - Pyrazinamide 400 mg - Ethambutol Hydrochloride 275 mg Tablets USP), таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 28 таблеток у блістері. По 24 блістери у картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **Люпін Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **03.10.2022 р. № 1789\_екстрена реєстрація** | |
| **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 | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **280712-22/З-39 від 07.09.2022** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Рифампіцин 150 мг - Ізоніазид 75 мг Таблетки , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 28 таблеток у блістері, по 24 блістери у картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **Люпін Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **03.10.2022 р. № 1789\_екстрена реєстрація** | |
| **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: | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **280712-22/З-39 від 07.09.2022** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Рифампіцин 150 мг - Ізоніазид 75 мг Таблетки , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 28 таблеток у блістері, по 24 блістери у картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **Люпін Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **03.10.2022 р. № 1789\_екстрена реєстрація** | |
| **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 | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **280712-22/З-39 від 07.09.2022** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Рифампіцин 150 мг - Ізоніазид 75 мг Таблетки , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 28 таблеток у блістері, по 24 блістери у картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **Люпін Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **03.10.2022 р. № 1789\_екстрена реєстрація** | |
| **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 | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **280707-22/В-134 від 07.09.2022** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ТЕТАТОКС / TETATOX , суспензія для ін'єкцій, 0,5 мл (1 доза); ампули по 0,5 мл (1 доза) 10 або 50 ампул у картонній коробці; флакони по 5 мл (10 доз), або по 10 мл (20 доз) по 10 флаконів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фарма Лайф", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **03.10.2022 р. № 1789\_екстрена реєстрація** | |
| **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: | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **280707-22/В-134 від 07.09.2022** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ТЕТАТОКС / TETATOX , суспензія для ін'єкцій, 0,5 мл (1 доза); ампули по 0,5 мл (1 доза) 10 або 50 ампул у картонній коробці; флакони по 5 мл (10 доз), або по 10 мл (20 доз) по 10 флаконів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фарма Лайф", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **03.10.2022 р. № 1789\_екстрена реєстрація** | |
| **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 | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **280707-22/В-134 від 07.09.2022** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ТЕТАТОКС / TETATOX , суспензія для ін'єкцій, 0,5 мл (1 доза); ампули по 0,5 мл (1 доза) 10 або 50 ампул у картонній коробці; флакони по 5 мл (10 доз), або по 10 мл (20 доз) по 10 флаконів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фарма Лайф", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **03.10.2022 р. № 1789\_екстрена реєстрація** | |
| **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 | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2022** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |