**Форма участі в тестовому періоді впровадження eCTD в Україні**

Заявник [найменування заявника, місцезнаходження]

Висловлюємо нашу готовність взяти участь у тестовому періоді щодо впровадження подання досьє на лікарський засіб у форматі eCTD в Україні.

1. Просимо залучити до Тестового періоду з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 року.
2. Плануємо здійснити подання за процедурою [нової (первинної) реєстрації лікарського засобу, перереєстрації лікарського засобу або внесення змін до реєстраційних матеріалів протягом дії реєстраційного посвідчення, а також чи здійснюється подача Baseline].
3. Представник/контактна особа Заявника:  
   Ім'я та прізвище: [ім'я представника]  
   Посада: [посада]  
   Контактний номер телефону: [номер телефону]  
   Електронна пошта: [електронна пошта]
4. Засвідчуємо, що буде здійснюватися підтримання життєвого циклу поданих матеріалів реєстраційного досьє в форматі eCTD;

З повагою  
[Підпис]  
[Ім'я представника]  
[Посада]  
[Назва компанії]