

ЗАЯВА
на переоформлення ліцензії на імпорт лікарських засобів

Прошу переоформити ліцензію у зв'язку з

(вказати причини)

I. Інформація про чинну ліцензію на імпорт лікарських засобів заявника

1.1	Орган, який видав ліцензію		
Найменування органу:	Державна служба України з лікарських засобів		
Код за ЄДРПОУ органу:	37769480		
1.2	Чинна ліцензія на імпорт лікарських засобів заявника		
Дата видачі ліцензії:		Номер ліцензії:	

II. Загальна інформація про заявника
(для юридичної особи)

2.1	Найменування суб'єкта господарювання (юридичної особи)		
2.2	Місцезнаходження юридичної особи		
2.3	Код за ЄДРПОУ		
2.4	Контактна інформація		
Номер телефону:		Номер факсу:	
E-mail:			
2.5	D-U-№-S номер (за наявності) <i>(ідентифікаційний номер ділянки, наприклад, номер D-U-№-S ділянки (Data Universal Numbering System - дані універсальної номерної системи) - унікальний ідентифікаційний номер, наданий Du№ & Bradstreet, або дані GPS (Global Positioning System - глобальна система навігації та визначення розташування), або номер іншої системи визначення географічного розташування)</i>		

**III. Загальна інформація про заявника
(для фізичної особи - підприємця)**

3.1	Фізична особа - підприємець		
	Прізвище		
	Ім'я		
	По батькові		
3.2	Документ, що засвідчує фізичну особу - підприємця		
	Серія паспорта:	Номер паспорта:	
	Дата видачі:	Орган, що видав паспорт:	
3.3	Місце проживання		
3.4	Реєстраційний номер облікової картки платника податків* <i>(* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний орган державної податкової служби і мають відмітку у паспорті, - серія та номер паспорта)</i>		
3.5	Контактна інформація		
	Номер телефону:	Номер факсу:	
	E-mail:		

IV. Інформація про діяльність з імпорту лікарських засобів, яку планує здійснювати заявник за місцезнаходженням

(Цей розділ заповнюється, якщо зміна пов'язана з намірами ліцензіата розширити діяльність з імпорту лікарських засобів, яка здійснюється за місцезнаходженням)

Найменування структурного підрозділу за місцезнаходженням (юридичною адресою)			
Контактна інформація			
	Номер телефону:	Номер факсу:	
	E-mail:		
Тип продукції, що планується імпортувати			
	Імпорт зареєстрованих готових лікарських засобів		<input type="checkbox"/>
	Імпорт зареєстрованих лікарських засобів у формі i№ bulk (продукції i№ bulk)		<input type="checkbox"/>
Інша діяльність з імпорту лікарських засобів (будь-яка інша діяльність, не зазначена вище)			
	Інше (зазначити у разі наявності)		<input type="checkbox"/>
Умови щодо контролю за якістю лікарських засобів, які будуть ввозитися на територію України, та інформація щодо Уповноважених осіб (зазначається окремо для кожної Уповноваженої особи)			
	Наявні умови щодо контролю за якістю лікарських засобів, які будуть ввозитися на територію України		<input type="checkbox"/>
	Посада		
	Прізвище		
	Ім'я		
	По батькові		
	Освіта:		
	Стаж роботи:		
	Номер телефону:	Номер факсу:	
	E-mail:		

V. Інформація про відокремлені підрозділи

(Цей розділ заповнюється окремо для кожного відокремленого структурного підрозділу (за наявності), якщо зміна пов'язана з намірами ліцензіата розширити діяльність з імпорту лікарських засобів, яка здійснюється за адресою конкретного відокремленого структурного підрозділу)

Найменування відокремленого структурного підрозділу			
Адреса відокремленого структурного підрозділу			
Контактна інформація			
Номер телефону:		Номер факсу:	
E-mail:			
D-U-№-S номер (за наявності) (ідентифікаційний номер ділянки, наприклад, номер D-U-№-S ділянки (Data Universal Numbering System - дані універсальної номерної системи) - унікальний ідентифікаційний номер, наданий Du№ & Bradstreet, або дані GPS (Global Positioning System - глобальна система навігації та визначення розташування), або номер іншої системи визначення географічного розташування)			
Тип продукції, що планується імпортувати			
Імпорт зареєстрованих готових лікарських засобів			<input type="checkbox"/>
Імпорт зареєстрованих лікарських засобів у формі i№ bulk (продукції i№ bulk)			<input type="checkbox"/>
Інша діяльність з імпорту лікарських засобів (будь-яка інша діяльність, не зазначена вище)			
Інше (зазначити у разі наявності)			<input type="checkbox"/>
Умови щодо контролю за якістю лікарських засобів, які будуть ввозитися на територію України, та інформація щодо Уповноважених осіб (зазначається окремо для кожної Уповноваженої особи)			
Наявні умови щодо контролю за якістю лікарських засобів, які будуть ввозитися на територію України			<input type="checkbox"/>
Посада			
Прізвище			
Ім'я			
По батькові			
Освіта:			
Стаж роботи:			
Номер телефону:		Номер факсу:	
E-mail:			

VI. Інформація про лікарські засоби, що планує ввозити на територію України заявник
 (Цей розділ надається додатково в електронному вигляді (файл Excel) на CD-диску)

№ з/п	Інформація про лікарський засіб ¹				Міжнародна непатентована назва (МНН) ²	Номер реєстраційного посвідчення в Україні	Код АТС	Виробник ³		Постачальник		Примітки	
	торговельна назва	форма випуску	доза діючої речовини в кожній одиниці	кількість одиниць в упаковці				найменування	країна	найменування	місцезнаходження		
											країна		адреса
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

¹ Навести повне найменування лікарського засобу, зазначене в реєстраційному посвідченні, виданому МОЗ України.

² Навести (виключно англійською мовою) міжнародну непатентовану назву діючої речовини лікарського засобу; для багатокomпонентних (комбінованих) лікарських засобів навести перелік усіх діючих речовин.

³ Найменування підприємства, Уповноважена особа якого надає дозвіл на випуск серій продукції.

Перелік документів, що підтверджують зміни (додається):

 (посада керівника
 юридичної особи)

 (підпис)

 (ініціали, прізвище керівника
 юридичної особи або фізичної
 особи - підприємця)

"__" _____ 20__ року

М. П.

Дата і номер реєстрації заяви "__" _____ 20__ року № _____

 (посада особи, яка прийняла заяву)

 (підпис)

 (ініціали, прізвище)

"__" _____ 20__ року