Додаток 2
до Порядку ввезення та обігу
незареєстрованих лікарських
засобів в Україні
(пункт 1 розділу III)

_____
(найменування державного органу)

Заява
для отримання підтвердження на ввезення на територію України незареєстрованих лікарських засобів

Заявник (імпортер) _____

_____
(повне найменування юридичної особи / прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця)

Код згідно з ЄДРПОУ / РНОКПП _____

Місцезнаходження / місце проживання _____

_____

Контактний телефон _____

Адреса електронної пошти _____

Прошу надати підтвердження на ввезення на територію України незареєстрованих лікарських засобів:

1. Найменування лікарського засобу

_____
(торгова назва за наявності)

2. Міжнародна непатентована назва

_____
(за наявності)

3. Лікарська форма, дозування

_____

4. Найменування виробника, країна місцезнаходження виробника

_____

5. Номер(и) серії (ій)

_____

6. Дата виробництва

_____

7. Кількість лікарського засобу

_____

8. Мета ввезення

_____

9. Умови зберігання

_____

10. Перелік документів, що додаються

_____

Підтверджую достовірність поданих відомостей та зобов'язуюсь забезпечити дотримання вимог законодавства України щодо ввезення, зберігання, обігу та використання незареєстрованих лікарських засобів.

Підтвердження на ввезення на територію України незареєстрованого лікарського засобу прошу направити (потрібне відмітити):

☐ на поштову адресу: _____
☐ кур'єром (за додаткову плату) на адресу: _____
☐ на адресу електронної пошти: _____
☐ бажаю отримати особисто.

_____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), посада і підпис керівника)

Дата складання «___» _____ 20__ року М. П. (за наявності)

_____