

Додаток 1
до Порядку проведення
галузевої атестації лабораторій з
контролю якості та безпеки
лікарських засобів
(пункт 2 розділу II)

Українське фармацевтичне
агентство

**Заява
на атестацію**

Дата надходження: "___" _____ 20__ р. Зареєстровано за № _____

Найменування / прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) суб'єкта
господарювання* _____

Назва лабораторії _____

Місцезнаходження / задеклароване / зареєстроване місце проживання
(перебування) _____

Адреса місця провадження діяльності _____

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), назва посади керівника
суб'єкта господарювання _____

телефон _____ факс _____ адреса електронної пошти _____

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), уповноваженої /
відповідальної особи з якості суб'єкта господарювання _____

телефон _____ факс _____ адреса електронної пошти _____

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), посада керівника
лабораторії _____

телефон _____ факс _____ адреса електронної пошти _____

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), уповноваженої /
відповідальної особи з якості лабораторії _____

телефон _____ факс _____ адреса електронної пошти _____

Прошу провести атестацію

(назва лабораторії)

на право проведення контролю якості та безпеки лікарських засобів,
відповідно до галузі атестації: _____

До заяви додаються: _____

Достовірність інформації, наведеної в документах, підтверджую.

Рішення прошу направити (потрібне відмітити):

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

Керівник суб'єкта господарювання * _____
підпис власне ім'я та прізвище

Керівник лабораторії _____
підпис власне ім'я та прізвище

Дата заповнення

" ____ " _____ 20__ р.

* Якщо лабораторія входить до складу суб'єкта господарювання
