

Додаток 1
до Порядку формування та ведення
реєстру брокерів у сфері обігу
лікарських засобів
(пункт 1 розділу II)

ЗАЯВА
про реєстрацію брокера

« ____ » _____ 20__ року № _____
(дата і номер реєстрації заяви)

Прошу здійснити реєстрацію брокера в реєстрі брокерів у сфері обігу лікарських засобів.

I. Загальна інформація про заявника

Найменування юридичної особи*/прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи-підприємця
Місцезнаходження юридичної особи або задеклароване/zareєстроване місце проживання (перебування) фізичної особи-підприємця
Ідентифікаційний код юридичної особи згідно з ЄДРПОУ / реєстраційний номер облікової картки платника податків (у разі наявності) або серія (за наявності) та номер паспорта громадянина України фізичної особи-підприємця (для фізичних осіб, які мають відмітку в паспорті про право здійснювати платежі за серією та номером паспорта)
Організаційно-правова форма (для юридичних осіб)
Адреса (адреси) місця (місць) провадження діяльності заявника на території України
Контактна інформація.
Номер абонента кінцевого (термінального) обладнання:

Найменування юридичної особи*/прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи-підприємця	
Адреса електронної пошти:	
Документ, що підтверджує особу	
Серія	Номер
Дата видачі	Орган, що видав документ

II. Вимоги до брокерської діяльності та зобов'язання

З Порядком формування та ведення реєстру брокерів у сфері обігу лікарських засобів ознайомлений(-а). Вимогам щодо брокера відповідаю і зобов'язуюся їх виконувати	•
Підтверджую наявність ефективної системи якості, що відповідає вимогам GDP, що стосуються брокерської діяльності	•
Підтверджую, що маю план екстрених дій, що гарантує ефективне виконання розпорядження про відкликання лікарського засобу з обігу, яке здійснюється за розпорядженням Укрфармагентства або за погодженням з виробником/імпортером/дистриб'ютором чи власником реєстрації лікарського засобу, що відкликається та вжиття відповідних заходів стосовно повернення зазначених лікарських засобів постачальнику (виробнику) або їх знищення або утилізації	•
Гарантую сповіщення Укрфармагентства про підозрілі або фальсифіковані лікарські засоби або підозрілі операції	•
Надана інформація є правильною, правдивою та повною	•
Підтверджую, що повідомлю Укрфармагентство про всі зміни до вищезазначеної інформації в установлений термін	•
У разі внесення мене до реєстру брокерів у сфері обігу лікарських засобів зобов'язуюсь діяти відповідно до чинного законодавства України, що стосується ведення брокерської діяльності, та дотримуватися умов зобов'язання, що впливають з умов реєстрації брокера	•
Прошу оформити та надати витяг з реєстру брокерів у сфері обігу	•

Прийняв _____ документів _____
(цифрами і (підпис уповноваженої посадової
словами) особи Укрфармагентства,
власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, посада)

«__» _____ 20__ року

* Згідно з даними Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань.