

Додаток 2  
до Порядку проведення  
підтвердження відповідності  
умов виробництва лікарських  
засобів вимогам належної  
виробничої практики  
(пункт 5 розділу I)

Державна служба України  
з лікарських засобів  
та контролю за наркотиками

### ЗАЯВА

на видачу висновку щодо підтвердження відповідності умов виробництва лікарських засобів  
вимогам належної виробничої практики

Дата надходження: " \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ року Зареєстровано за № \_\_\_\_\_

**ЗАЯВНИК** (найменування ліцензіата або власника реєстраційного посвідчення (торговельної ліцензії) на лікарський засіб або найменування/прізвище, ім'я, по батькові представника заявника)

Місцезнаходження (місце проживання)

П. І. Б., посада керівника заявника

Контактні телефони, факс

**ВИРОБНИК** (найменування суб'єкта господарювання та найменування виробничої(их) ділянки(ць), заявленої(их) для процедури підтвердження відповідності вимогам GMP (за наявності))

Місце провадження діяльності виробника

П. І. Б., посада керівника підприємства, тел./факс

П. І. Б., посада керівника підрозділу з виробництва, тел./факс

П. І. Б., посада керівника служби якості (уповноваженої особи), тел./факс

П. І. Б., посада керівника відділу контролю якості, тел./факс

Інші контактні адреси (у тому числі e-mail)

**Примітки (в тому числі зазначаються підстави для позачергової експертизи та/або інспектування):**

Достовірність наданої інформації гарантую:

(П. І. Б., посада і підпис керівника (представника) заявника)

Дата складання « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

М. П. (за наявності)