**(Повна назва СГД,****№ ліцензії)**

 ВИХ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ від\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПОВІДОМЛЕННЯ**

**до Державної служби з лікарських засобів та контролю за наркотиками у Кіровоградській області про виявлення неякісного, фальсифікованого, незареєстрованого лікарського засобу та вжиті заходи на виконання Розпорядження Держлікслужби від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Найменування, форма випуску, дозування лікарського засобу:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, виробник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**термін придатності \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кількість \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

1. **Місце виявлення лікарського засобу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(№ та назва закладу, адреса)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. **Лікарський засіб надійшов від постачальника:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

( назва, № ліцензії, адреса місця здійснення діяльності)

 **за накладною №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_від \_\_\_\_\_\_\_\_у кількості\_\_\_\_ (накладна додається).**

1. **Поміщено у «Карантин» у кількості \_\_\_\_\_\_ уп. на суму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_грн.**
2. **Повернуто постачальнику за накладною № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**у кількості \_\_\_\_\_\_\_\_\_ уп. на суму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_грн (накладна додається).**

1. **Передано на утилізацію у кількості \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на суму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до суб'єкта господарювання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**який має відповідну ліцензію № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**Форма надання інформації про лікарські засоби, що не підлягають подальшому використанню, передані для знешкодження ( додаток 2 до наказу МОЗ України від 24.04.2015 № 242) додається.**

**Додаток:**

**Керівник суб'єкта господарювання Уповноважена особа**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 ( підпис, ПІБ) ( підпис, ПІБ)