

« _____ » _____ 20 ____ р.

№ _____

ПОВІДОМЛЕННЯ
про виявлення незареєстрованого, неякісного та підозрілого щодо
фальсифікації/фальсифікованого лікарського засобу (далі – ЛЗ) і вжиті заходи
(необхідне підкреслити)

Назва суб'єкта господарювання/Фізичної особи підприємця	
Юридична адреса суб'єкта господарювання/місце реєстрації Фізичної особи підприємця	
ЄДРПОУ/РНОКПП	
Серія, № Ліцензії або дата рішення про видачу ліцензії	
№ аптечного закладу (аптеки, аптечного пункту)	
Адреса місця провадження діяльності аптечного закладу	
Підстави для вилучення з обігу (зазначити необхідне)	
№ та дата розпорядження ДЛС	
№ та дата листа відклику постачальника	
Пошкодженні в процесі роботи закладу	
Тип невідповідності ЛЗ (субстандартний, побічна реакція, незареєстрований, закінчення терміну придатності, підозрілий щодо фальсифікації, фальсифікований) <i>необхідне зазначити</i>	
Дані про ЛЗ	
Назва ЛЗ	
Форма випуску і дозування	
№ Реєстраційного посвідчення	
Назва виробника	
Країна виробника	
Серія №	
Термін придатності	
№ і дата сертифіката якості виробника	
Кількість виготовленого ЛЗ згідно сертифікату якості виробника (уп., шт., фл., інше)	
Кількість виявленого ЛЗ (уп., шт., фл., інше)	
Вжиті заходи (зазначити необхідне)	
Поміщено в карантин, к-ть (уп., фл., шт., інше)	
Поміщено в карантин на суму (грн.)	
Повернуто постачальнику, к-ть (уп., фл., шт., інше)	
Повернуто постачальнику на суму (грн.)	
Знищено, к-ть (уп., фл., шт., інше)	
Знищено на суму (грн.)	
Інформація про постачальника ЛЗ	
Назва постачальника	
Юридична адреса	
ЄДРПОУ/РНОКПП	

Серія, № Ліцензії або дата рішення про видачу ліцензії	
№ та адреса місця провадження діяльності аптечного складу	
№ та дата накладної поставки	
Кількість ЛЗ при поставці (уп., фл., шт., інше)	
№ та дата накладної повернення <i>(в разі повернення)</i>	
СГД, якому ЛЗ передано на знищення <i>(заповнюється в разі передачі ЛЗ на знищення)</i>	
Назва суб'єкта господарювання/Фізичної особи підприємця	
Юридична адреса суб'єкта господарювання/місце реєстрації Фізичної особи підприємця	
ЄДРПОУ/РНОКПП	
№ і дата акту передачі на знищення	
Адреса місця провадження діяльності, де знищено ЛЗ	

Додатки, що додаються до повідомлення:

1. Завірена копія накладної повернення постачальнику (з печаткою постачальника) на _____ арк. *(в разі повернення ЛЗ постачальнику)*.
2. Форма надання інформації про лікарські засоби, що не підлягають подальшому використанню, передані для знешкодження згідно додатку 2 наказу № 242 *(в разі передачі ЛЗ на знищення)*.

(посада)

(підпис)

(Власне ім'я та прізвище)