

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 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                                                                                                      |  |
| код за ЄДРПОУ/РНОКПП                                                                                                                                                                     |  |
| Серія, № Ліцензії або дата рішення про видачу ліцензії                                                                                                                                   |  |
| Назва місця провадження діяльності ЛПЗ                                                                                                                                                   |  |
| Адреса місця провадження діяльності ЛПЗ                                                                                                                                                  |  |
| <b>Підстави для вилучення з обігу (зазначити необхідне)</b>                                                                                                                              |  |
| № 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)<br><i>необхідне зазначити</i> |  |
| <b>Дані про ЛЗ</b>                                                                                                                                                                       |  |
| 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)                                                                                                                                            |  |
| <b>Вжиті заходи (зазначити необхідне)</b>                                                                                                                                                |  |
| 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.)                                                                                                                                                                   |  |
| <b>Інформація про постачальника ЛЗ</b>                                                                                                                                                   |  |
| 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 (в разі повернення)                                      |  |
| <b>СГД, якому ЛЗ передано на знищення (заповнюється в разі передачі ЛЗ на знищення)</b> |  |
| 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)