

ФОРМА
надання інформації про лікарські засоби, що не підлягають
подальшому використанню, передані для знешкодження

Найменування суб'єкта господарювання, що передав лікарські засоби для знешкодження
(або прізвище, ім'я, по батькові - для фізичних осіб - підприємців) _____

Код за ЄДРПОУ/реєстраційний номер облікової картки платника податків /серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті) суб'єкта господарювання, що передав лікарські засоби для знешкодження _____

Інформація про лікарські засоби

Інформація про лікарські засоби									Інформація про суб'єкта господарювання, який буде здійснювати знешкодження			Інформація про акт передачі	
номер реєстраційного посвідчення	назва лікарського засобу	форма випуску	дозування	найменування виробника	країна виробника	номер серії лікарського засобу	перелана кількість (уп.)	загальний обсяг (кг)	код за ЄДРПОУ	найменування суб'єкта господарювання	№ ліцензії	№ акта	дата акта
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Усього	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X

Уповноважена особа _____

Додаток
до листа

№ _____

« _____ » 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 (азначити необхідно)	
№ 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 азначити</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 (азначити необхідно)	
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)