|  |  |
| --- | --- |
|  | Додаток 2  до Правил утилізації та знищення  лікарських засобів (пункт 6 розділ II) |

**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 лікарського засобу | | назва лікарського засобу | форма випуску | дозування | найменування виробника | країна виробника | номер серії лікарського засобу | передана 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 | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |