

**Заява**  
**про включення лікарського засобу до Реєстру лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню**

Від \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

**Власник реєстраційного посвідчення на лікарський засіб:**

Найменування \_\_\_\_\_

Місцезнаходження \_\_\_\_\_

П. І. Б. керівника, тел. \_\_\_\_\_

**Уповноважена особа власника реєстраційного посвідчення на лікарський засіб:**

Найменування \_\_\_\_\_

Місцезнаходження \_\_\_\_\_

П. І. Б. контактної особи, тел. \_\_\_\_\_

Міжнародна непатентована або загальноприйнята назва лікарського засобу	Торговельна назва лікарського засобу	Форма випуску	Сила дії (дозування)	Кількість одиниць лікарського засобу у споживчій упаковці	Код АТХ	Найменування виробника, країна	Номер реєстраційного посвідчення на лікарський засіб	Дата закінчення строку дії реєстраційного посвідчення на лікарський засіб	Оптово- відпускна ціна за одиницю лікарської форми однієї встановленої дози, грн	Оптово-відпускна ціна за упаковку, грн
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

\_\_\_\_\_ (посада уповноваженої особи власника реєстраційного посвідчення на лікарський засіб)

\_\_\_\_\_ (підпис)

М. П. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (П. І. Б.)