

Додаток 2
до Порядку проведення
підтвердження відповідності
умов виробництва лікарських
засобів вимогам належної
виробничої практики
(пункт 5 розділу I)

Державна служба України
з лікарських засобів
та контролю за наркотиками

ЗАЯВА

на видачу висновку щодо підтвердження відповідності умов виробництва лікарських засобів
вимогам належної виробничої практики

Дата надходження: "___" _____ 20___ року Зареєстровано за № _____

ЗАЯВНИК (найменування ліцензіата або власника реєстраційного посвідчення (торговельної ліцензії) на лікарський засіб або найменування/прізвище, ім'я, по батькові представника заявника)

Місцезнаходження (місце проживання)

П. І. Б., посада керівника заявника

Контактні телефони, факс

ВИРОБНИК (найменування суб'єкта господарювання та найменування виробничої(их) дільниці(ць), заявленої(их) для процедури підтвердження відповідності вимогам GMP (за наявності))

Місце провадження діяльності виробника

П. І. Б., посада керівника підприємства, тел./факс

П. І. Б., посада керівника підрозділу з виробництва, тел./факс

П. І. Б., посада керівника служби якості (уповноваженої особи), тел./факс

П. І. Б., посада керівника відділу контролю якості, тел./факс

Інші контактні адреси (у тому числі e-mail)

Примітки (в тому числі зазначаються підстави для позачергової експертизи та/або інспектування):

Достовірність наданої інформації гарантую:

(П. І. Б., посада і підпис керівника (представника) заявника)

Дата складання «___» _____ 20___ року

М. П. (за наявності)