**Додаток 4**
до пункту 3.2 Порядку проведення сертифікації підприємств,
які здійснюють оптову реалізацію (дистрибуцію) лікарських засобів

|  |
| --- |
| ***Додаток № \_\_\_\_ до заяви* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (вказати назву Заявника, номер та/чи дату подання заяви)  |

### ДОВІДКА ПРО РЕЗУЛЬТАТИ ПЕРЕВІРОК1,проведених органами державного контролю лікарських засобів

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(назва та/чи адреса місця провадження діяльності структурного підрозділу Заявника)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****за період з \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 200\_ року до \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 200\_ року**(довідку в таблиці скласти з відомостями за останні два роки до дати подання заяви)  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №з/п  | Назва органу державного контролю лікарських засобів (вид перевірки)  | Період, дата(и) перевірки  | Акт2 № \_\_\_ від \_\_\_\_\_ (дата)  |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

|  |
| --- |
| Дата складання \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року  |
| Керівник підприємства (посада)  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис)  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(П. І. Б.)  |
|   |   | печатка  |
| Уповноважена особа з якості (посада)  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис)  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(П. І. Б.)  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1 Довідка складається для кожного структурного підрозділу, заявленого до сертифікації

2 Додається завірена керівником Заявника копія кожного з вказаних актів перевірки

|  |  |
| --- | --- |
| **Заступник голови** **Державної служби**  | **Ю.В. Підпружников**  |