**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** |