**Додаток 5**
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 ВІДКЛИКАННЯ ПРОДУКЦІЇ1

|  |
| --- |
| **У \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (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)  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Підстава для відкликання**  | **Місяць, рік**  | **Перелік найменувань лікарських засобів**  | **Перелік номерів серій вказаного найменування**  |
| 1. За рішенням органів державного контролю лікарських засобів2  |   |   |   |
| 2. За приписами територіальних інспекцій з контролю якості лікарських засобів  |   |   |   |
| 3. За рішенням виробника лікарського засобу  |   |   |   |

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

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

2 Вказується назва відповідного органу державного контролю

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