|  |
| --- |
| ***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