|  |
| --- |
| ***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