|  |
| --- |
| ***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