Додаток 1
до Порядку
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України
від 15 квітня 2020 р. № 282)

МОЗ

_____
(найменування, місцезнаходження та код згідно з ЄДРПОУ
_____
підприємства, установи, організації, що планує ввезення на
_____
митну територію України у митному режимі імпорту
_____
лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них)

ЗАЯВА

Просимо видати довідку, що підтверджує ввезення лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них на митну територію України відповідно до угод (договорів), укладених _____
(з особою, уповноваженою на здійснення закупівель у сфері охорони здоров'я, або між МОЗ та спеціалізованою організацією, що здійснює закупівлю)

у межах виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я для звільнення від оподаткування податком на додану вартість згідно з пунктами 38, 38[1] підрозділу 2 розділу XX "Перехідні положення" Податкового кодексу України.

Повідомляємо, що планується ввезення на митну територію України у митному режимі імпорту лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них відповідно до угод (договорів) від _____ _____ 20___ р. №_____, укладених _____,
(з особою, уповноваженою на здійснення закупівель у сфері охорони здоров'я, або між МОЗ та спеціалізованою організацією, що здійснює закупівлю)
та в межах виконання бюджетних програм _____
(найменування програм)
_____

Порядковий номер	Найменування підприємства - отримувача товару	Код згідно з ЄДРПОУ підприємства - отримувача товару	Індивідуальний податковий номер платника податку на додану вартість (за наявності)	Номер та дата договору (зовнішньо-економічного контракту)	Номер та дата інвойсу (специфікації)	Найменування товару	Міжнародне непатентоване найменування (загальноприйняте) для лікарських засобів	Номер та дата реєстраційного посвідчення на лікарський засіб (інформація щодо введення в обіг в Україні медичних виробів*)	Кількість лікарських засобів, медичних виробів, допоміжних засобів	Вартість, гривень	Інформація щодо мови пакування/маркування лікарського засобу, медичного виробу, допоміжного засобу

Усього на суму _____ гривень.
(словами)

Додаток: на _____ арк. у ____ прим.

_____ _____ _____

(найменування посади керівника підприємства, установи, організації) (підпис) (ініціали та прізвище)

МП (за наявності)

____ _____ 20__ р.

_____

* Зазначається номер свідоцтва про державну реєстрацію медичного виробу або номер сертифіката відповідності медичного виробу, виданого органом з оцінки відповідності.

{Додаток 1 в редакції Постанови КМ № 282 від 15.04.2020}