

Электрондық пошта мекенжайы: _____

Аутсорсинг бойынша деректер (бар болса) _____

Басшының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), лауазымы: _____

Басшы _____

тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) қолы

Инспекциялау субъектісінің уәкілетті тұлғасы: _____

тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) қолы

Тиісті фармацевтикалық
практикалар жөніндегі
фармацевтикалық инспекциялар
жүргізу қағидаларына
3-қосымша

Нысан

Фармацевтикалық инспекциялау жүргізуге арналған инспекциялау субъектісі ұсынатын құжаттардың тізбесі

Ескерту. 3-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 14.04.2023 № 71 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

р/с№	Құжаттың атауы	Тиісті фармацевтикалық практика стандарты					
		GMP	GDP	GLP	GCP	GVP	GPP
1	2	3	4	5	6	7	8
1	фармацевтикалық қызметті жүзеге асыруға қолданыстағы рұқсаттың (лицензияның) нотариат куәландырылған көшірмесі немесе электрондық көшірмесі немесе инспекцияланатын субъект (шетелдік өтініш берушілер үшін) аумағында	+	-	-	-	-	-

	орналасқан елдің тиісті тізілімінен үзінді (бар болған жағдайда)					-	
2	Тиісті фармацевтикалық практика қағидаларының талаптарына сәйкестігі туралы құжаттың (шетелдік өтініш берушілер үшін) нотариат куәландырылған көшірмесі (бар болған жағдайда)	+	-	+	+	+	-
3	сапа жөніндегі нұсқаулықтың көшірмесі (инспекциялау субъектісінің сапа жүйесін басқару және дамыту тұжырымдамасы)	+	+	-	-	+	+
4	объектінің ұйымдық құрылымы мен штаттық кестесінің көшірмелері	+	+	+	+	+	+
5	өндірістік алаң (учаскенің) деректерінің көшірмесі	+	-	-	-	-	-