Додаток 3

до форми Оголошення про формування пропозицій щодо включення торговельних назв лікарських засобів та/або медичних виробів до Переліку лікарських засобів та медичних виробів, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення

**Зобовʼязання**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ПІБ, посада, назва юридичної особи або ФОП, що є власником реєстраційного(их) посвідчення (нь) на лікарський(і) засоб(и) або виробника медичного виробу (або уповноваженого представника)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

відповідно до інформації, зазначеної мною у заяві(ах) від «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_р. про включення торговельної назви лікарського засобу та/або медичного виробу до Переліку лікарських засобів та медичних виробів, які підлягають реімбурсації (далі – Реєстр), **зобов’язуюся**:

здійснювати постачання зазначеного(их) лікарського(их) засобу(ів) та медичного(их) виробу(ів) в Україні протягом заявленого строку за ціною, зазначеною в Переліку;

забезпечити безперебійну наявність зазначеного(их) лікарського(их) засобу(ів) та/або медичного(их) виробу(ів) на території України протягом строку дії Переліку.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (ПІБ)