

# PRO-FORMA INVOICE

<b>Shipper/Відправник:</b> Yaroslavsk str, 41, Kyiv, 04071, Ukraine State Institution "Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine" E-mail: <a href="mailto:iradem27@gmail.com">iradem27@gmail.com</a> , <a href="mailto:i.demchyshyna@phc.org.ua">i.demchyshyna@phc.org.ua</a> Virology Reference Laboratory	<b>Consignee/Одержувач:</b> <b>Public Health England</b> Prof. Maria Zambon 61 Colindale Avenue LONDON NW9 5EQ United Kingdom E-mail: <a href="mailto:maria.zambon@phe.gov.uk">maria.zambon@phe.gov.uk</a> <a href="mailto:WNCov.virology@phe.gov.uk">WNCov.virology@phe.gov.uk</a> <a href="mailto:Pravesh.Dhanilall@phe.gov.uk">Pravesh.Dhanilall@phe.gov.uk</a>  for coronavirus testing, mark "Urgent FAO Maria Zambon"
Tel: . +38 044 425 02 09	Tel: 0208 200 4400

DATA/Дата:	AIR WAYBILL No./Авіанакладна	Total Gross Weight/Загальна вага брутто:	Number of pieces/Кіл-ть одиниць
___/___/___			

Item/Найменування	Country of origin/Країна походження	Quantity/ Кількість	Full description of goods/Повний опис товару	Total value & currency/Загальна вартість та валюта
<b>Criovials</b>	<b>Ukraine</b>	<b>773 (2,0 ml)</b>	<b>Nasopharyngeal swabs from patient suspected for COVID-19</b>	<b>10.00 USD</b> <i>For customs purpose only. Not for sale/resale/Тільки для митних цілей. Не для продажу/перепродажу</i>

Reason for export: These goods have no commercial value, are not for sale/re-sale.

Human material, containing no animal material.

All samples are non-hazardous and not known to be infectious and are for laboratory testing only.

Мета експорту: Товар не має комерційної вартості, не для продажу/перепродажу. Біологічні зразки людини, що не містять тваринних складових. Всі зразки не являються інфікованими та небезпечними. Тільки для дослідницьких цілей.

**Terms of delivery: FCA**

I declare that the information is true and correct to the best of my knowledge.

Я підтверджую, що ця інформація є правдива та вірна.

**Kiev, Ukraine/Київ, Україна**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Signed:** \_\_\_\_\_  
Director/Директор

**Signed:** \_\_\_\_\_  
Chief accountant/Головний

бухгалтер



**ДЕРЖАВНА УСТАНОВА  
«ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я  
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»**

вул. Ярославська, 41, м. Київ, 04071, тел. (044) 425-43-54

E-mail: info@phc.org.ua, код ЄДРПОУ 40524109

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року №\_\_\_\_\_  
на № \_\_\_\_\_ від «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 року

Начальнику *Київської міської митниці ДФС*

(найменування митного органу)

*Родини Р.А.*

(прізвище, ім'я, по батькові керівника юридичної особи / громадянина)

*04071, м.Київ, вул.Ярославська, 41*

(місцезнаходження юридичної особи / місце проживання громадянина)

**ЗАЯВА**

*Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України» 40524109*

(найменування юридичної особи, код за ЄДРПОУ)/

(прізвище ім'я, по батькові громадянина, серія та номер паспорта)

заявляє відомості про предмети, митна вартість яких менше суми, еквівалентної 100 євро /200 євро/, а також іншу інформацію, необхідну для здійснення митного контролю та митного оформлення цих предметів без застосування вантажної митної декларації /митної декларації М 16/.

Номер транспортного  
документа \_\_\_\_\_

Інвойс/рахунок-фактура (№,  
дата) \_\_\_\_\_

Країна призначення *Великобританія*

Одержувач

*Public Health of England (WHO COVID-19 reference laboratory)*

Кількість місць \_\_\_\_\_

Загальна вага (кг) \_\_\_\_\_

Сумарна митна вартість *10.00 USD*

Найменування предмета, його відмітні ознаки	Код товару згідно з УКТЗЕД*	Вартість товару в національній або іноземній валюті
---	--------------------------------	---

Зразки матеріалів – носоглоткові змиви від хворих з підозрою на COVID-19 - кріосудин.	3002909000	10.00 USD
---	------------	-----------

Мета (підстава) ввезення  
(вивезення)

**Зразки для лабораторних випробувань**

Умови поставки\* **FCA**

Характер угоди\* **81**

Дозволи вповноважених державних органів (назва, №, дата)

---

---

---

---

---

---

---

Керівник підприємства/ громадянин

(підпис)

**Родина Р.А.**

(ініціали, прізвище)

М.П.

Головний бухгалтер\*

(підпис)

**Чадова К.Л.**

(ініціали, прізвище)

**РІШЕННЯ МИТНОГО ОРГАНУ:**

---

---

(посада посадової особи митного органу)

(підпис, дата)

(ініціали, прізвище)

Місце для відбитка  
ОНП

---

