# ФОРМА ЗАЯВКИ НА ВАКЦИНУ COVAX

*Пожалуйста, заполните, подпишите и отправьте все части данной заявки, которая необходима для подтверждения участия в COVAX.*

Для стран, имеющих согласованное Рамочное соглашение о партнерстве (РСП) с ГАВИ, условия РСП остаются в силе в полном объеме и применяются ко всей поддержке ГАВИ, оказываемой в соответствии с настоящей Заявкой. Положения и условия программы ПОЗ Механизма COVAX 2022 также применяются к одобренным вакцинам, оборудованию и материалам, предоставляемым через COVAX 31 марта 2022 года или после этой даты. В случае возникновения противоречий между любыми терминами, условиями или положениями РСП и Положениями и условиями ПОЗ Механизма COVAX 2022 (включая данную Заявку), преимущественную силу имеют Положения и условия ПОЗ Механизма COVAX 2022 (включая данное Заявку). Для стран, у которых нет согласованного РСП между ГАВИ и Страной, Положения и условия ПОЗ Механизма COVAX 2022 (включая данную Заявку) применяются к любой и всей поддержке ГАВИ, предоставляемой в соответствии с настоящей Заявкой. Подписывая данную Заявку, возвращая ее в ГАВИ и принимая поставку любых Одобренных вакцин или соответствующего оборудования или материалов, правительство страны [ ] (Страна) подтверждает, что поставка Одобренных вакцин, оборудования и материалов регулируется ***Положениями и условиями программы ПОЗ Механизма COVAX 2022***, которые доступны здесь: <https://www.gavi.org/gavi-covax-amc#documents> или на веб-сайте COVAX ГАВИ.

Все термины, написанные с заглавной буквы, но не определенные иным образом, имеют значения, указанные для них в документе «Положения и условия ПОЗ Механизма COVAX 2022».

# ФОРМА ЗАПРОСА НА ВАКЦИНУ ПРОТИВ COVID-19 НАИМЕНОВАНИЕ УЧАСТНИКА ГРУППЫ ПОЗ

*Пожалуйста, отправьте заполненные Заявки на вакцину по* адресу[*covaxproposals@gavi.org*](mailto:covaxproposals@gavi.org) *с копией соответствующему Главному менеджеру по стране или координатору ГАВИ (в зависимости от того****,*** *что применимо) для подтверждения участия в Программе COVAX. В случае возникновения вопросов обратитесь к своему главному менеджеру ГАВИ по стране или координатору (в зависимости от того, что применимо). Обратите внимание, что страны, имеющие право на участие в программе ПОЗ COVAX, могут запросить техническую помощь для заполнения запроса на вакцину*

1. **ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ**
2. Дата запроса (ДД/ММ/ГГГГ):
3. Наименование Участника группы ПОЗ:
4. Запрашивающее учреждение:

Адрес:

Имя контактного лица:

Телефон контактного лица:

Адрес электронной почты контактного лица:

*При отправке Запроса на вакцину приложите список участников и контактную информацию для вашей национальной целевой группы по вакцинации против COVID-19, включая соответствующих технических партнеров и донорские финансовые институты. Укажите координаторов по нормативно-правовой подготовке и безопасности, а также по ограждению от ответственности.*

1. **ПЛАНИРОВАНИЕ ВАКЦИНАЦИИ ЦЕЛЕВОЙ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ**

*При выборе целевых групп населения для вакцинации Участникам группы ПОЗ рекомендуется следовать* ***дорожной карте SAGE ВОЗ для определения приоритетов использования вакцин от COVID-19 в условиях ограниченных поставок, и принципам ценностей SAGE ВОЗ для распределения и определения приоритетов вакцинации против COVID-19****, которые можно найти по адресу:* <https://www.who.int/immunization/sage/covid-19_documents/en/>.

1. Запланированная дата начала вакцинации (ДД/ММ/ГГГГ):
2. В свете дорожной карты группы SAGE ВОЗ (ссылка выше), какой процент от общей численности населения будет вакцинирован, как только появятся поставки? *Это число может быть меньше или больше 20 %*:
3. В таблице ниже перечислите группы, подлежащие вакцинации, в порядке приоритета:

|  |  |
| --- | --- |
| **Целевая группа населения (описание)** | **Доля от общей численности населения (%)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Введите обоснование целевых групп населения (например, «соответствует рекомендациям SAGE ВОЗ»)

1. Ответьте на приведенные ниже вопросы по устройствам для инъекций (шприцам) и безопасным контейнерам:

Общее число инъекционных устройств (шприцев), которые могут быть использованы для вакцинации против COVID-19:

Общее количество доступных безопасных контейнеров, которые могут использоваться для сбора инъекционных устройств для вакцинации против COVID-19:

Если вы предполагаете необходимость использования дополнительных инъекционных устройств (шприцев) и безопасных контейнеров для вакцинации против COVID-19, какой механизм закупок вы намерены использовать?

ЮНИСЕФ ПАОЗ Самостоятельные закупки

Участников группы ПОЗ, отметивших выше «ЮНИСЕФ» или «ПАОЗ», просим указать объем сухого хранилища на местном/центральном уровне:

* Общая доступная вместимость сухого хранилища:      м3 нетто
* Вместимость сухого хранилища инъекционных устройств (шприцев) и безопасных контейнеров для вакцинации против COVID-19:      м3 нетто

1. **СОВМЕСТНОЕ НЕСЕНИЕ ЗАТРАТ**

*Данные о совместном несении затрат, запрашиваемые в этой форме, предназначены только для информации и на данном этапе не являются юридически связывающими обязательствами.*

Просим Участников группы ПОЗ участвовать в совместном несении затрат на дозы, полученные через Механизм. Однако неспособность участвовать в совместном несении затрат не повлияет на доступ Участников ПОЗ COVAX к дозам, полностью субсидируемым донорами. Совместное несение затрат может использоваться для финансирования дополнительных доз сверх тех, которые финансируются донорами ПОЗ COVAX, что позволяет участникам группы ПОЗ охватить более широкую часть своего населения. Если желаемая целевая группа населения не может быть полностью удовлетворена за счет доз ПОЗ COVAX, финансируемых донорами, были бы вы заинтересованы в приобретении каких-либо дополнительных доз через COVAX, полностью финансируемых через систему совместного несения затрат? *(Не имеет обязательной силы, только для информации)*

Да  Нет

1. **ВНУТРЕННЕЕ ПРОИЗВОДСТВО ВАКЦИНЫ ПРОТИВ COVID-19 И ДВУСТОРОННИЕ СДЕЛКИ**

*Как отмечается в Положениях и условиях Механизма COVAX 2022, Механизм COVAX требует прозрачности двусторонних сделок, существующих и будущих, от всех участников, отмечая, что доступ к дозам от двусторонних сделок не повлияет на доступ к согласованному объему доз Одобренной вакцины из Механизма COVAX.*

*Предоставление приведенной ниже информации поможет выделить пункты, по которым могут быть полезными дальнейшие обсуждения, например, чтобы согласовать любые вопросы логистической цепочки поставок или изучить возможности взаимовыгодного партнерства, т.е. возможности взаимозаменяемости в дополнительных сделках. Это может, например, улучшить понимание того, существуют ли в вашей системе обстоятельства или ограничения из-за других вакцин или запланированных кампаний, которые могут повлиять на вашу способность получать Одобренные вакцины.*

1. Имеются ли у вас внутренние мощности по производству вакцин против COVID-19? Если да, заполните таблицу ниже.

Да Нет

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Изготовитель** | **Тип(ы) вакцины** | **Планируемая мощность (дозы/период времени)** | **Ожидаемая дата доступности первых доз (ДД/ММ/ГГГГ)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Имеются ли межгосударственные сделки по покупке COVID-19 непосредственно у изготовителей? Если да, заполните таблицу ниже.

Да  Нет

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Изготовитель** | **Тип(ы) вакцины** | **Согласованный объем в дозах** | **Ожидаемая дата доступности первых доз (ДД/ММ/ГГГГ)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **ХАРАКТЕРИСТИКИ ВАКЦИНЫ**

*В принципах распределения будут по возможности учитываться предпочтения в отношении препаратов при распределении вакцин. Несмотря на то, что будут предприняты усилия по установлению «наилучшего соответствия» между препаратами и предпочтениями, участникам группы ПОЗ не гарантируется получение препаратов с предпочтительными характеристиками, поскольку предпочтение является одним из многих факторов (наряду с ограниченными возможностями поставок), которые необходимо учитывать при распределении Одобренной вакцины.*

1. Заполните таблицу ниже.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Группировка характеристик вакцины** | **Характеристика вакцины** | **Оцените все 12 характеристик вакцины (от a до m) от наиболее желательных вверху до наименее желательных внизу.** | ***Пример (Приведен исключительно в целях иллюстрации и не предназначен для влияния на предпочтения Участников группы ПОЗ)*** |
| Платформа вакцины | a. мРНК |  | *l. Более низкая цена* |
| b. Инактивированные |  | *k. Меньше доз на схему вакцинации* |
| c. Вирусный вектор |  | *d. Вакцины, прошедшие предварительную квалификацию ВОЗ* |
| Процесс регулирования | d. Вакцины, прошедшие предварительную квалификацию ВОЗ |  | *g. Вакцины с традиционными требованиями к холодовой цепи (2–8 °C)* |
| e. Вакцины, которые к настоящему моменту одобрены органом, регулирующим оборот лекарственных средств |  | *b. Инактивированные* |
| f. Вакцины, которые к настоящему времени получили только статус препаратов, разрешенных для использования в чрезвычайных ситуациях |  | *e. Вакцины, которые к настоящему моменту одобрены органом, регулирующим оборот лекарственных средств* |
| Требования к холодовой цепи | g. Вакцины с традиционными требованиями к холодовой цепи (2–8 °C) |  | *c. Вирусный вектор* |
| h. Вакцины с традиционными требованиями к холодовой цепи (-20 °C) |  | *h. Вакцины с требованиями к холодовой цепи (-20 °C)* |
| i. Вакцины с требованиями к сверххолодовой цепи (-70 °C) |  | *f. Вакцины, которые к настоящему времени получили только статус препаратов, разрешенных для использования в чрезвычайных ситуациях* |
| Дозы на флакон / лекарственная форма | j. Меньше доз на флакон (менее 10) |  | *j. Меньше доз на флакон (менее 10)* |
| Дозы на схему / курс | l. Меньше доз на схему вакцинации |  | *a. мРНК* |
| Цена | m. Более низкая цена |  | *i. Вакцины с требованиями к сверххолодовой цепи (-70 °C)* |

1. Если предположить, что две одобренные вакцины с эквивалентными характеристиками станут доступны через Механизм COVAX в течение 3–6 месяцев, какой из следующих вариантов вы выберете? Отметьте один ответ.

Внедрить вакцинацию против COVID-19 с использованием обоих препаратов в графике вакцинации для ускорения получения и доставки Одобренных вакцин

Принять более медленные темпы получения Одобренных вакцин (например, примерно на 6 месяцев), чтобы избежать программных и логистических осложнений при поставке двух разных препаратов

Обоснование (не обязательно):

1. **ИНФОРМАЦИЯ О ГОТОВНОСТИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ И СРЕДСТВ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ**

*Отсутствие нормативно-правовой базы и безопасности задерживало своевременное получение вакцин странами в прошлом. Собранная здесь информация будет использована для оптимизации распределения путем заблаговременного учета регуляторных процессов и сроков Участников группы ПОЗ.*

1. Существует ли определенный механизм признания составляемого ВОЗ перечня препаратов, используемых в чрезвычайных ситуациях, или предварительной квалификации ВОЗ?

Составляемый ВОЗ перечень препаратов, используемых в чрезвычайных ситуациях: Да  Нет

Предварительная квалификация ВОЗ: Да  Нет

1. Существует ли определенный механизм признания регуляторных решений (регистрационного удостоверения или экстренного одобрения) органов SRA?

Регистрационное удостоверение: Да  Нет

Если да, перечислите страны с действующими SRA:

Одобрение в чрезвычайных ситуациях: Да  Нет

Если да, перечислите страны с действующими SRA:

1. Существуют ли ускоренные регуляторные пути для одобрения медицинских препаратов (терапевтических препаратов и вакцин) против COVID-19, кроме составляемого ВОЗ перечня препаратов, используемых в чрезвычайных ситуациях, предварительной квалификации ВОЗ и/или регистрационного удостоверения SRA или разрешения на использование в чрезвычайных ситуациях?

Да  Нет

1. Каково максимальное количество рабочих дней, необходимых для получения разрешения на использование в чрезвычайных ситуациях, если такие механизмы существуют (предпочтительно менее чем за 15 рабочих дней)?

      рабочих дней

1. Каковы требования и минимальный перечень документов, необходимых для одобрения регуляторными органами препаратов против COVID-19 по экстренному или ускоренному механизму? *Приложите копию требований/документов по экстренному и/или ускоренному механизму или укажите ссылку на них, если таковая имеется в открытом доступе.*

1. Может ли разрешение на импорт быть выдано менее чем за пять (5) рабочих дней?

Да  Нет

      рабочих дней

1. Каковы требования и минимальный перечень документов, необходимых для импорта лекарств или вакцин против COVID-19? *Приложите список документов, необходимых для получения разрешения на импорт, или укажите ссылку, если таковая имеется в открытом доступе.*

1. Существует ли возможность отказа от партии, или вакцина против COVID-19 может быть выпущена менее чем за два дня, и достаточно только краткого обзора протокола партии (тестирование не требуется)?

Да  Нет

1. Существует ли система, которая может контролировать и расследовать вопросы безопасности препаратов для оказания неотложной медицинской помощи и/или доступ к глобальной информации по фармаконадзору?

Да  Нет

Являетесь ли вы участником сети фармаконадзора ВОЗ UMC?

Да  Нет

1. **МОЩНОСТЬ ХОЛОДОВОЙ ЦЕПИ И ЛОГИСТИКА**

**ВМЕСТИМОСТЬ НАЦИОНАЛЬНОГО/ЦЕНТРАЛЬНОГО ОХЛАЖДАЕМОГО ХРАНИЛИЩА**

*Разрабатываемые сейчас вакцины против COVID-19 имеют различные требования к хранению в холодовой цепи, включая хранение при -70 °C (сверххолодовая цепь), -20 °C и / или 2–8 °C[[1]](#footnote-1). Опишите ваши нынешние ожидания относительно возможностей на национальном/центральном уровне для хранения вакцины COVID-19, требующей каждого типа холодовой цепи. Для целей расчета предположите, что размер вторичной упаковки на дозу составляет 4,6 см3 и используется схема с двумя дозами.*

1. На национальном/центральном уровне хранятся ли вакцины во вторичной упаковке (коробки) или третичной упаковке (паллеты)? Вторичная Третичная
2. Заполните таблицу ниже.

|  |  |
| --- | --- |
| **Требования к хранению** | **Какова ваша текущая общая вместимость охлаждаемых хранилищ на центральном/национальном уровне?** |
| 2–8 °C | м3 нетто |
| -20 °C | м3 нетто |
| -70 °C (сверххолодовая цепь) | м3 нетто |

1. Заполните таблицу ниже.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Требования к хранению** | **Каков максимальный размер отгрузки, который может быть получен и использован (в м3)?** | **С какой периодичностью (в неделях) можно получать поставки такого размера?** |
| 2–8 °C | м3 | нед. |
| -20 °C | м3 | нед. |
| -70 °C (сверххолодовая цепь) | м3 | нед. |

1. Ответьте на приведенные ниже вопросы по резервному хранилищу холодовой цепи (дополнительная вместимость в настоящее время отсутствует, но может быть предоставлена в случае необходимости и недостаточности национальной вместимости холодовой цепи).

Существует ли резервные хранилища холодовой цепи?

Да  Нет

Требуются ли вам контейнеры-рефрижераторы для хранения в холодовой цепи?

Да  Нет

Заполните таблицу ниже.

|  |  |
| --- | --- |
| **Требования к хранению** | **Общая вместимость резервных складов холодовой цепи** |
| 2–8 °C | м3 нетто |
| -20 °C | м3 нетто |
| -70 °C (сверххолодовая цепь) | м3 нетто |

1. Ответьте на приведенные ниже вопросы о резервных возможностях хранения:

Доступны ли резервные хранилища для вспомогательных изделий?

Да  Нет

Требуется ли вам контейнер для хранения вспомогательных изделий?

Да  Нет

**АЭРОПОРТЫ ДЛЯ ДОСТАВКИ (МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПОСТАВКИ)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код** | **Наименование** | **Часы работы** | **Грузополучатель** | **Доступны ли переупаковка/охлаждаемый склад** | | **Таможенный агент** |
|  |  |  |  | Да | Если да, опишите вместимость охлаждаемого хранилища в следующей таблице. |  |
| Нет | Если нет, укажите:   * Имеется ли у вас процедура предварительного таможенного декларирования, позволяющая получить одобренные вакцины по прибытии?   Да  Нет   * За сколько дней требуется предварительное извещение для утвержденной партии вакцины?         дн. |

**ЕМКОСТЬ ХОЛОДОВОЙ ЦЕПИ В АЭРОПОРТУ ВВОЗА**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Наименование порта ввоза:** | **Код порта ввоза:** | |
| Вместимость холодовой цепи | м3 (2–8 °C) | |
| м3 (-20 °C) | |
| м3 (-70 °C) | |
| Доступная вместимость холодовой цепи для одобренной вакцины против COVID-19 | м3 (2–8 °C) | |
| м3 (-20 °C) | |
| м3 (-70 °C) | |
| Охлаждаемый склад является таможенным? | Да  Нет | |
| Метод загрузки/разгрузки | Вручную  Механически | |
| Ориентировочное время транспортировки от этого порта ввоза до первого хранилища | ч. |

**ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ**

Документы по умолчанию приемлемы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вакцины** | | |
| **Документ** | **Оригинал или копия?**  [Оригинал/копия] | **Насколько заранее?**  [24 часа/ 48 часов/ 1 неделя/ 1 месяц/ Н/Д] |
| Сертификат анализа |  |  |
| Сертификат происхождения |  |  |
| Упаковочный лист (номер серии и срок годности) |  |  |
| Сертификат свободной продажи |  |  |
| Счет-проформа |  |  |
| Авианакладная |  |  |
| Другие документы, если применимо[[2]](#footnote-2) — *перечислите их:* |  |  |
| **Вспомогательные изделия** | | |
| **Документ** | **Оригинал или копия?**  [Оригинал/копия] | **Насколько заранее?**  [24 часа/ 48 часов/ 1 неделя/ 1 месяц/ Н/Д] |
| Сертификат анализа |  |  |
| Сертификат происхождения |  |  |
| Упаковочный лист (номер серии и срок годности) |  |  |
| Сертификат свободной продажи |  |  |
| Счет-проформа |  |  |
| Авианакладная |  |  |
| Другие документы, если применимо1 — *перечислите их:* |  |  |

**ОГРАЖДЕНИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ**

*Поставка Одобренных вакцин в Страну будет зависеть от того, даст ли Страна предварительное согласие оградить изготовителя от требований в отношении ответственности за качество препарата в связи с использованием или введением Одобренной вакцины. Таким образом, Страна должна будет заключить соглашение об ограждении от ответственности («Соглашение об ограждении от ответственности») составленное в существенной части по форме, предусмотренной в Приложении к настоящей Части B Заявки, с соответствующими изготовителями и в соответствии с Положениями и условиями* ПОЗ Механизма COVAX 2022*.*

*Механизм COVAX создал механизм компенсации при отсутствии вины для предоставления компенсации лицам в любой из стран группы ПОЗ, которые пострадали от серьезного побочного проявления, которое было связано с Одобренной вакциной или ее введением. Компенсационная выплата, которая должна быть предоставлена вышеупомянутым лицам, будет полностью и окончательно урегулирована в отношении любых требований (будь то в отношении изготовителя и/или любой другой стороны, участвующей в распределении или введении Одобренной вакцины), возникающих в связи с рассматриваемым серьезным побочным проявлением.*

*Собранная здесь информация будет использоваться для оптимизации распределения путем заблаговременного учета: (i) способности Страны заключить такие соглашения об ограждении от ответственности с изготовителями, а также процессы и сроки для этого; и (ii) способности физических лиц внутри Страны принимать платежи в рамках механизма компенсации в полном объеме и окончательно урегулировать все претензии в связи с рассматриваемым серьезным побочным проявлением. Просьба представить данные по следующим вопросам.*

1. Предоставляет ли страна иммунитет от деликтных исков изготовителям вакцин и другим участникам деятельности по разработке и применению вакцины, связанной с COVID-19?

Да  Нет

1. Потребуется ли принять законодательство внутри страны, чтобы страна могла (а) заключить соглашения об ограждении от ответственности с изготовителями Одобренных вакцин; и/или (b) иметь возможность оградить от ответственности изготовителей Одобренных вакцин, как того требуют соглашения об ограждении от ответственности;

Да  Нет

1. Если в ответ на вышеуказанный вопрос требуется законодательство, укажите, сколько недель потребуется Стране, чтобы принять все соответствующие законы, необходимые для заключения и/или предоставления необходимых соглашений об ограждении от ответственности с изготовителями, как указано выше.

      нед.

1. Укажите, кто (должность и имя занимающего эту должность лица) имеет необходимые полномочия, чтобы от имени и по поручению страны заключить такое соглашение об ограждении от ответственности с изготовителями Одобренных вакцин, выделенных стране.

Название должности:

Ф.И.О. лица, занимающего должность:

1. Укажите, сколько недель потребуется Стране, чтобы заключить такое Соглашение об ограждении от ответственности с изготовителями.

      нед.

1. Потребуется ли принять законодательство внутри страны, чтобы позволить физическим лицам, пострадавшим от серьезного побочного проявления, которое, как установлено, связано с Одобренной вакциной или ее введением, принимать платежи в рамках механизма компенсаций в полном объеме и окончательно урегулировать любые претензии, возникающие в связи с таким серьезным побочным проявлением?

Да  Нет

1. Если в ответ на вышеуказанный вопрос требуется законодательство, укажите, сколько недель потребуется Стране, чтобы принять все соответствующие законы, позволяющие лицам, пострадавшим от серьезного побочного проявления, связанного с Одобренной вакциной или ее введением, принимать платежи в рамках механизма компенсаций в полном объеме и окончательно урегулировать любые претензии, возникающие в связи с таким серьезным побочным проявлением.

      нед.

ФОРМА ПОДПИСИ НАИМЕНОВАНИЕ УЧАСТНИКА ГРУППЫ ПОЗ

Участник Наименование Участника группы ПОЗ хотел бы расширить существующее партнерство с ГАВИ для улучшения программы иммунизации в Стране, и, в частности, настоящим запрашивает поддержку Механизма COVAX в отношении: Одобренной вакцины против COVID-19.

Участник Наименование Участника группы ПОЗ принимает на себя обязательство развивать услуги иммунизации на национальном уровне и обеспечивать их устойчивость в соответствии с национальными стратегическими планами здравоохранения и иммунизации.

В случае несоответствия между текстом настоящей Заявки на английском языке и его переводом на другой язык, текст на английском языке имеет преимущественную силу.

Обратите внимание, что Механизм COVAX не будет рассматривать эту Заявку без подписей как Министра здравоохранения, так и Министра финансов или их уполномоченных лиц.

*Мы, нижеподписавшиеся, подтверждаем, что цели и мероприятия, представленные в данной Заявке, полностью соответствуют национальным стратегическим планам здравоохранения и иммунизации (или их аналогам), а суммы финансирования всех мероприятий, связанных с Механизмом COVAX, в том числе из внутренних источников, будут включены в годовой бюджет Министерства здравоохранения.*

*Мы, нижеподписавшиеся, подтверждаем согласие и понимание Страны, что поставка Одобренной вакцины зависит от того, заключит ли Страна сначала Соглашение об ограждении от ответственности с каждым изготовителем Одобренной вакцины, выделенной Стране, и в соответствии с Положениями и условиями* ПОЗ Механизма COVAX 2022*.* Форму Соглашения об ограждении от ответственности можно запросить у соответствующего Главного менеджера по стране или координатора ГАВИ (в зависимости от того, что применимо).

|  |  |
| --- | --- |
| Министр здравоохранения (или уполномоченное лицо) | Министр финансов (или уполномоченное лицо) |
| Имя: | Имя: |
| Дата: | Дата: |
| Подпись: | Подпись: |

1. Из разрабатываемых в настоящее время кандидатов один требует хранения при -70 °C, один — при -20 °C, а остальные — при 2–8 °C. [↑](#footnote-ref-1)
2. *Любые нестандартные требования к документации могут замедлить темпы поставки и увеличить расходы для стран.*  [↑](#footnote-ref-2)