

**Заявление о переоформлении лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности**

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Республиканскую службу
лекарственных средств
Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о переоформлении лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности на**

производство лекарственных средств для медицинского применения
оптовую торговлю лекарственными средствами для медицинского применения;
розничную торговлю лекарственными средствами для медицинского применения;
изготовление лекарственных препаратов в условиях аптеки

(указать вид деятельности)

(полное наименование юридического лица или
Ф. И.О. физического лица-предпринимателя)

просит переоформить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, выданной Республиканской службой лекарственных средств Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

Регистрационный № _____ лицензии от " _____ " _____ 20__ г.,

предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

Регистрационный № _____ лицензии от " _____ " _____ 20__ г.,

предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

В связи с:

- * изменением наименования юридического лица (если изменение наименования не связано с реорганизацией юридического лица) или фамилии, имени, отчества физического лица - предпринимателя;
- * изменением местонахождения юридического лица или места жительства физического лица – предпринимателя

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

* изменением лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица или физического лица-предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес местонахождения юридического лица или места жительства физического лица-предпринимателя	
5.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p>
6.	Идентификационный номер	
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о физическом лице в единый государственный реестр физических лиц-предпринимателей	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p>
8.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменения, которые стали причиной для переоформления лицензии	<p>_____</p> <p>(орган, принявший решение)</p> <p>Реквизиты документа _____</p>
9.	Адрес места осуществления деятельности по производству лекарственных средств	<p>* производитель лекарственных средств</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

10.	Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, на которые Субъекту выданы лицензии при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере оборота лекарственных средств для медицинского применения	<p>Организация оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения</p> <p>*Аптечный склад</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Аптечная организация</p> <p>* Аптека</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>* Аптека производственная</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>* Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>* Аптечный пункт</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
11.	Номер телефона, адрес электронной почты	
12.	Банковские реквизиты	

* Нужно указать

(Ф.И.О. действующего руководителя юридического лица или же Ф.И.О. физического лица-предпринимателя)

" _____ " _____ 20____ г.

(Подпись)

М.П.

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Республиканскую службу
лекарственных средств
Министерства здравоохранения
Донецкой народной республики

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении дубликата лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности
по производству лекарственных средств**

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Адрес места осуществления деятельности по производству лекарственных средств	* производитель лекарственных средств _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)
9.	Копия досье производственного участка	Реквизиты документов: _____ _____ Количество страниц: _____
10.	Номер телефона адрес электронной почты	

* Нужно указать

(Ф.И.О. действующего руководителя юридического лица)

" _____ " _____ 20 _____ г.

(Подпись)

М.П.