

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

**Опись документов  
к заявлению о предоставлении дубликата лицензии на осуществление  
фармацевтической деятельности**

Изображение Государственного герба ДНР

**РЕСПУБЛИКАНСКАЯ СЛУЖБА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ**  
ДНР, г.Донецк, пр. Панфилова, 15

**ОПИСЬ ДОКУМЕНТОВ**

**к заявлению 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)

Настоящим удостоверяется, что субъект  
хозяйствования \_\_\_\_\_

(наименование субъекта хозяйствования)

предоставил в лицензирующий орган \_\_\_\_\_

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление  
фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление деятельности	
2.	Копия свидетельства о регистрации юридического лица, заверенная действующим руководителем, или физического лица-предпринимателя, заверенная самим физическим лицом*	
3.	Бланк (и) лицензии (й), который подлежит переоформлению *	
4.	Копия документа, подтверждающего оплату государственной пошлины за переоформление лицензирующим органом лицензии*	
5.	Распорядительный документ, на основании которого произошли изменения, которые стали причиной для переоформления лицензии*	
6.	Доверенность (при необходимости)	

\* Документы, которые субъект должен предоставить обязательно.

Документы сдал  
представитель Субъекта хозяйствования:

Документы принял  
должностное лицо лицензирующего  
органа:

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. действующего руководителя юридического лица или  
Ф.И.О. физического лица-предпринимателя  
или иного лица, имеющего право действовать от имени этих лиц,  
должность, подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(реквизиты доверенности)

Входящий № \_\_\_\_\_  
Количество листов \_\_\_\_\_

**к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности  
М.П.**