

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

Заявление об аннулировании лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Республиканскую службу
лекарственных средств
Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики

**ЗАЯВЛЕНИЕ
об аннулировании лицензии / копии лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности на**

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

просит аннулировать лицензию /копию лицензии 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:

- * ликвидацией организации, которая осуществляет определенный вид деятельности или структурного подразделения,
- *прекращения деятельности в сфере оборота лекарственных средств

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)	

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

4.	Адрес местонахождения юридического лица или места жительства физического лица-предпринимателя	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лицаилифизическоголица-предпринимателя	
6.	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>
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	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>
9.	Адрес места осуществления деятельности по производству лекарственных средств	<p>* производитель лекарственных средств</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
10.	Адрес места осуществления лицензируемых видов 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>

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

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.