

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

Изображение Государственного герба ДНР

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

полное наименование юридического лица или
Ф.И.О. физического лица – предпринимателя

адрес местонахождения юридического лица или места
жительства физического лица-предпринимателя

№ _____
На № _____ от _____

**УВЕДОМЛЕНИЕ
о прекращении действия лицензии /копии лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности
по заявлению лицензиата**

В соответствии с пунктами _____ «Положения о лицензировании фармацевтической деятельности» «Положения о Республиканской службе лекарственных средств Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики №69 от 02.02.2015 г.

Приказом Республиканской службы лекарственных средств Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
от "___" _____ 20__ г. № _____ и на основании
заявления лицензиата от "___" _____ 20__ г. регистрационный № _____
прекратить с "___" _____ 20__ г. действие лицензии /копии лицензии на
осуществление фармацевтической деятельности, предоставленной на основании решения
лицензирующего органа - приказа от "___" _____ г. № _____
лицензия серия _____ № _____ дата регистрации лицензии «___» _____ 20__ г.,
предоставленной Республиканской службы лекарственных средств Министерства
здравоохранения Донецкой Народной Республики

(полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное
наименование юридического лица,
фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество физического лица-предпринимателя)

Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица или
физического лица-предпринимателя

Адрес местонахождения юридического лица или места жительства физического лица –
предпринимателя

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

Идентификационный номер налогоплательщика

Наименование фармацевтической организации

Адрес(а) места прекращения осуществления фармацевтической деятельности

Начальник службы

(подпись)

(Фамилия, инициалы)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

Изображение Государственного герба ДНР

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

_____ полное наименование юридического лица или
Ф.И.О. физического лица – предпринимателя

_____ адрес место нахождения юридического лица или места
жительства физического лица-предпринимателя

№ _____
На № _____ от _____

**УВЕДОМЛЕНИЕ
о прекращении действия лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности
по решению суда об аннулировании лицензии**

В соответствии с п.п.1.51 - 1.53 «Положения о лицензировании» «Положения о Республиканской службе лекарственных средств Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики», утвержденного приказом Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики № 69 от 02.02.2015 г.

Приказом Республиканской службы лекарственных средств Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики от "___" _____ 20__ г. № _____ и на основании вступившего в законную силу решения суда об аннулировании лицензии от "___" _____ 20__ г. регистрационный № _____ прекратить с "___" _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, предоставленной на основании решения лицензирующего органа - приказа от "___" _____ г. № _____ Лицензия Серия _____ № _____ дата регистрации лицензии «___» _____ 20__ г., предоставленной Республиканской службы лекарственных средств Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики

_____ (полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование юридического лица, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество физического лица-предпринимателя)

Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица или физического лица-предпринимателя

Адрес местонахождения юридического лица или места жительства физического лица – предпринимателя

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

Идентификационный номер налогоплательщика

Наименование фармацевтической организации

Адрес(а) места прекращения осуществления фармацевтической деятельности

Начальник службы

(подпись)

(Фамилия, инициалы)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

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

полное наименование юридического лица или
физического лица – предпринимателя

адрес места нахождения юридического лица или
местожительство физического лица-предпринимателя

№ _____
На № _____ от _____

УВЕДОМЛЕНИЕ
о прекращении действия лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности
в связи с получением сведений от органа исполнительной власти, осуществляющего
государственную регистрацию юридических лиц
(физических лиц предпринимателей), о дате внесения в соответствующий единый
государственный реестр записи о прекращении юридическим лицом
(физическим лицом-предпринимателем) деятельности

В соответствии с п.п.1.51 - 1.53 «Положения о лицензировании» «Положения о Республиканской службе лекарственных средств Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики», утвержденного приказом Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики № 69 от 02.02.2015 г.

Приказом Республиканской службы лекарственных средств Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики

от "___" _____ 20__ г. № _____

прекратить с "___" _____ 20__ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, предоставленной на основании решения лицензирующего органа - приказа от "___" _____ г. № _____

Лицензия Серия _____ № _____ дата регистрации лицензии «___» _____ 20__ г., предоставленной Республиканской службы лекарственных средств Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики

(полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование юридического лица,
фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество физического лица-предпринимателя)

Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица или физического лица-предпринимателя

Адрес место нахождения юридического лица или местожительство физического лица – предпринимателя

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

Идентификационный номер налогоплательщика

Название фармацевтической организации

Адрес(а) места прекращения осуществления фармацевтической деятельности

Начальник службы

(подпись)

(Фамилия, инициалы)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)