

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

Регистрационный номер: _____ от _____
 (заполняется лицензирующим органом)

В Республиканскую службу
 лекарственных средств
 Министерства здравоохранения
 Донецкой Народной Республики

ЗАЯВЛЕНИЕ
на право осуществления деятельности по розничной торговле
лекарственными средствами для медицинского применения
обособленным подразделением медицинской организации

_____ (полное наименование медицинской организации)

просит выдать разрешение на право осуществления деятельности по розничной торговле лекарственными средствами

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 местонахождения 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.	Лицензия медицинской организации, которой принадлежит Обособленное подразделение	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

8.	Адрес места осуществления деятельности по розничной торговле лекарственными средствами	
9.	Номер телефона, адрес электронной почты	
10.	Банковские реквизиты	

* Нужно указать

(Ф.И.О. действующего руководителя медицинской организации)

" ____ " _____ 20 ____ г.

(Подпись)

М.П.