

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

От «__» _____ 20____ г.

№ _____

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

На осуществление _____
(указывается вид осуществляемой деятельности)

Настоящий документ предоставлен _____

(полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование
медицинской организации)

Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица

Адрес местонахождения юридического лица

Идентификационный номер налогоплательщика

Наименование обособленного подразделения медицинской организации

Место осуществления деятельности обособленным подразделением медицинской
организации

Настоящий документ предоставлен на срок: _____
(указывается срок действия документа)

Настоящий документ предоставлен на основании решения лицензирующего органа -
приказа от " __ " _____ г. № _____

Начальник службы _____
(подпись) (Фамилия, инициалы)

М.П.
