

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
об отказе в предоставлении разрешения
на право осуществления деятельности
по розничной торговле лекарственными средствами
для медицинского применения
обособленным подразделением медицинской организации**

В соответствии с пунктом _____ «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.

в результате проверки Республиканской службой лекарственных средств Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики полноты и достоверности, содержащихся в указанных в заявлении

(наименование субъекта)

о предоставлении разрешения на право осуществления деятельности по розничной торговле лекарственными средствами обособленным подразделением медицинской организации (регистрационный № _____ от "___" _____ 20__ г.) и прилагаемых к нему документах, в том числе проверки соответствия Субъекта лицензионным требованиям установлено:

<*>заявление подано (подписано) лицом, не имеющим на это полномочий;

<*>наличие в представленных заявлениях о предоставлении разрешения и (или) прилагаемых к нему документах недостоверной или искаженной информации;

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

<*>несоответствие, установленное в ходе проверки соответствия
Субъекта лицензионным требованиям;

(указать выявленные нарушения, указать перечень документов)

Республиканская служба лекарственных средств Министерства
здравоохранения Донецкой Народной Республики уведомляет об отказе в
предоставлении разрешения на право осуществления деятельности по
розничной торговле лекарственными средствами обособленным
подразделением медицинской организации.

Начальник службы

_____ (подпись)

_____ (Фамилия, инициалы)

Исполнитель (Ф.И.О., телефон)