

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

| |
|---|
| Заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности |
|---|

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Республиканскую службу
лекарственных средств
Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности на
оптовую торговлю лекарственными средствами
для медицинского применения;
розничную торговлю лекарственными средствами
для медицинского применения;
изготовление лекарственных препаратов в условиях аптеки

| | | |
|----|---|---|
| 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) | |
| 4. | Адрес местонахождения юридического лица или места жительства физического лица-предпринимателя | |
| 5. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица или физического лица-предпринимателя | |
| 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. | Идентификационный номер налогоплательщика | |

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

| | | |
|-----|---|--|
| 8. | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о физическом лице в единый государственный реестр физических лиц-предпринимателей | Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ |
| 9. | Адрес места осуществления лицензируемых видов деятельности, которые Субъект намерен исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере оборота лекарственных средств для медицинского применения | <p>Организация оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения * Аптечный склад</p> _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <p>Аптечная организация</p> <p>* Аптека</p> _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <p>* Аптека производственная</p> _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <p>* Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <p>* Аптечный пункт</p> _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) |
| 10. | Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним | Реквизиты документов: _____ |
| 12. | Номер телефона, адрес электронной почты | |
| 13. | Банковские реквизиты | |

* Нужно указать

(Ф.И.О. действующего руководителя юридического лица или же Ф.И.О. физического лица-предпринимателя)

" _____ " _____ 20____ г.

(Подпись)

М.П.

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В Республиканскую службу
лекарственных средств
Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности
по производству лекарственных средств**

| | | |
|-----|---|---|
| 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. | Идентификационный номер налогоплательщика | |
| 8. | Адрес места осуществления деятельности по производству лекарственных средств | * производитель лекарственных средств _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) |
| 9. | Копия досье производственного участка | Реквизиты документов: _____ _____ Количество страниц: _____ |
| 10. | Номер телефона адрес электронной почты | |

* Нужно указать

(Ф.И.О. действующего руководителя юридического лица)

" _____ " _____ 20 _____ г.

(Подпись)

М.П.

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

Регистрационный номер: _____ от _____
 (заполняется лицензирующим органом)

В Республиканскую службу
 лекарственных средств
 Министерства здравоохранения
 Донецкой Народной Республики

ЗАЯВЛЕНИЕ
о предоставлении копии лицензии
на осуществление фармацевтической деятельности на
оптовую торговлю лекарственными средствами
для медицинского применения;
розничную торговлю лекарственными средствами
для медицинского применения;
изготовление лекарственных препаратов в условиях аптеки

| | | |
|----|--|---|
| 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) | |
| 4. | Адрес местонахождения юридического лица или места жительства физического лица-предпринимателя | |
| 5. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица или физического лица-предпринимателя | |
| 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. | Идентификационный номер налогоплательщика | |
| 8. | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о физическом лице в единый государственный реестр физических лиц-предпринимателей | Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ |

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

| | | |
|-----|--|--|
| 9. | <p>Адрес места осуществления лицензируемых видов деятельности, которые Субъект намерен исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере оборота лекарственных средств для медицинского применения</p> | <p>Организация оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения *Аптечный склад _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Аптечная организация * Аптека _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>* Аптека производственная _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>* Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>* Аптечный пункт _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> |
| 10. | <p>Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним</p> | <p>Реквизиты документов: _____ _____</p> |
| 12. | <p>Номер телефона, адрес электронной почты</p> | |
| 13. | <p>Банковские реквизиты</p> | |
| 14 | <p>Лицензия</p> | <p>Дата приказа _____ Номер приказа _____</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p> |

* Нужно указать

(Ф.И.О. действующего руководителя юридического лица или же Ф.И.О. физического лица-предпринимателя)

" _____ " _____ 20 _____ г.

(Подпись)

М.П.