

**Сведения Субъектахозяйствования о наличии материально-технической базы и квалифицированного персонала**

**Сведения о наличииматериально-техническойбазы и квалифицированногоперсонала, необходимых для осуществления розничнойторговлилекарственнымисредствамидля медицинского применения**

1	Сведения о субъекте хозяйствования:			
1.1	Для юридического лица:		Для физического лица - предпринимателя:	
	название		фамилия	
			имя	
			отчество	
			телефон	
идентификационный номер		идентификационный номер		
номер перерегистрации (при наличии)				
форма собственности		номер перерегистрации (при наличии)		
1.2	Сведения о руководителе субъекта хозяйствования:			
	фамилия			
	имя			
	отчество			
	телефон			
1.3	Местонахождение юридического лица или места жительства физического лица - предпринимателя			
	Электронный адрес:	E-mail:		

2	Сведения о материально-технической базе			
2.1	Аптечная организация			
	Аптека	<input type="checkbox"/>	номер	название аптечной организации (при наличии)
	Аптечный пункт	<input type="checkbox"/>		
2.2	место осуществления деятельности аптечной организации			
2.3	Режим работы			
	с	по	выходные дни	
2.4	Характеристика здания, в котором размещена аптечная организация			
	Общий входной тамбур		да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

		если «да», то указать, с каким помещением:
	Количество этажей	
	Основное использование здания	
2.5	Правовое основание для использования помещения	
	Помещение используется на правах	собственности <input type="checkbox"/> пользования <input type="checkbox"/>
	Документ, который подтверждает право собственности или пользования помещением	
2.6	Характеристика помещения, в котором размещена аптечная организация	
	изолированное	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
	многоэтажное	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если «да», то минимум один из залов обслуживания населения расположен на первом этаже с обязательной организацией одного рабочего места для отпуска лекарственных средств да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
	имеется отдельный самостоятельный выход наружу	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
	совмещенное	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если «да», то совмещенное с торговым центром, санаторно-курортным учреждением, отелем, аэропортом, вокзалом, медицинской организацией (необходимо подчеркнуть)
	зал обслуживания населения находится на первом этаже	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если «нет», то уровень пола зала обслуживания населения не ниже/выше планировочного уровня земли больше чем на 0,5 метра да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
	помещение находится в медицинской организации	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если «да», то указать этаж, на котором расположена аптечная организация <input type="checkbox"/>
2.7	Наличие инженерного оборудования для обеспечения:	
	теплоснабжение	центральное <input type="checkbox"/> автономное <input type="checkbox"/>
	водоснабжение	центральное <input type="checkbox"/> автономное <input type="checkbox"/> отсутствует <input type="checkbox"/>
	освещение	электрическое <input type="checkbox"/> природное <input type="checkbox"/> электрическое+природное <input type="checkbox"/>
	канализация	центральная <input type="checkbox"/> автономная <input type="checkbox"/> отсутствует <input type="checkbox"/>
2.8	Структура аптечной организации	

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

	Общая площадь, в том числе площадь:	_____ кв. м
	торгового зала	$\geq 18$ , кв. м.    да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> (для аптек, расположенных в городах и поселках городского типа) $\geq 10$ кв.м    да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> (для аптек, расположенных в селах)
	помещений хранения лекарственных средств	$\geq 10$ , кв. м.    да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> (для аптек, расположенных в городах и поселках городского типа) $\geq 6$ кв.м    да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> (для аптек, расположенных в селах)
	помещений персонала	$\geq 8$ кв.м    да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> (для аптек, расположенных в городах и поселках городского типа) $\geq 4$ кв.м    да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> (для аптек, расположенных в селах)
	В аптечной организации имеются:	
	туалет с раковиной	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
	место санитарной обработки рук	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
2.9	Обустройство аптечной организации	
	Оборудование для хранения и отпуска лекарственных средств	шкафы <input type="checkbox"/> стеллажи <input type="checkbox"/> холодильники <input type="checkbox"/> сейф <input type="checkbox"/> поддоны <input type="checkbox"/> экран для защиты от прямой капельной инфекции <input type="checkbox"/>
	Оборудование служебно-бытовых помещений	шкафы для раздельного хранения личной и технологической одежды <input type="checkbox"/> комната/шкаф для инвентаря <input type="checkbox"/> мебель для приема пищи <input type="checkbox"/> холодильник <input type="checkbox"/>

3	Сведения о квалификации персонала	
3.1	Сведения о заведующей аптечной организации:	
	фамилия	
	имя	
	отчество	
	образование, наименование учебного заведения, год окончания, номер диплома, специальность	
	номер и дата заключения трудового договора, номер и дата приказа о	

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

	назначении на должность	
	Соответствие единым квалификационным требованиям	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>

4	Заключение:		
4.1	Соответствую и обязываюсь выполнять Положение о лицензировании фармацевтической деятельности и Правила розничной торговли лекарственными средствами для медицинского применения		
4.2	Вся предоставленная в этих сведениях информация является достоверной и полной		
Фамилия, инициалы руководителя субъекта или физического лица - предпринимателя			подпись
Дата составления этих Сведений			М.П.

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

**Сведения о наличии материально-технической базы и  
квалифицированного персонала, необходимых для  
осуществления оптовой торговли лекарственными средствами**



1	Сведения о субъекте:			
1.1	Для юридического лица:		Для физического лица - предпринимателя:	
	название		фамилия	
			имя	
			отчество	
			телефон	
идентификационный номер		идентификационный номер		
номер перерегистрации (при наличии)				
форма собственности		номер перерегистрации (при наличии)		
1.2	Сведения о руководителе субъекта:			
	фамилия			
	имя			
	отчество			
	телефон			
1.3	Местонахождение юридического лица или место жительства физического лица - предпринимателя			
	Электронный адрес:	E-mail:		

2	Сведения о материально-технической базе			
2.1	Аптечный склад, номер		название организации оптовой торговли (при наличии)	
2.2	место осуществления деятельности организации оптовой торговли			
2.3	В организации оптовой торговли осуществляется/будет осуществляться:			
	оптовая торговля лекарственными средствами <input type="checkbox"/>			
	оптовая торговля только медицинскими газами <input type="checkbox"/>			
2.4	Режим работы			
	с	по	выходные дни	
			и	
2.5	Характеристика здания, в котором размещена организация оптовой торговли:			
	количество зданий			

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

	количествоэтажей	
	основноеиспользование	
2.6	Правовое основание для использования помещения	
	Помещение используется на правах	собственности <input type="checkbox"/> пользования <input type="checkbox"/>
	Документ, который подтверждает право собственности или пользования помещением	
2.7	Характеристика помещения, в котором размещена организация оптовой торговли:	
	изолированное (выход наружу)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
	встроенное	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
	имеется погрузочно-разгрузочная площадка	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
	помещениенаходится	на _____ этаже (этажах)
2.8	Наличие инженерного оборудования для обеспечения:	
	теплоснабжение	центральное <input type="checkbox"/> автономное <input type="checkbox"/> отсутствует
	вентиляция	приточно-вытяжнаявентиляция с механическимпобуждением <input type="checkbox"/> смешанная естественно-вытяжная вентиляция с механически-приточной <input type="checkbox"/> естественная <input type="checkbox"/> отсутствует <input type="checkbox"/>
	водоснабжение	центральное <input type="checkbox"/> автономное <input type="checkbox"/> отсутствует <input type="checkbox"/>
	освещение	электрическое <input type="checkbox"/> природное <input type="checkbox"/> электрическое+природное <input type="checkbox"/>
	канализация	центральная <input type="checkbox"/> автономная <input type="checkbox"/> отсутствует <input type="checkbox"/>
2.9	Структура организации оптовой торговли с указаниемплощадейпомещений, кв. метров	
	Общаяплощадьорганизации оптовой торговли, в том числе:	_____ кв. м.
	производственныхпомещений (зон):	≥ 200 кв. м да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
	приемапродукции	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
	контролякачества	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
	карантина	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
	хранениялекарственныхсредств	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
	хранениявспомогательныхматериалов, тары комплектации и отпуска/отгрузкилекарственныхсредств (экспедиторская)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

	служебно-бытовых помещений: комната персонала ( не меньше 8 кв. м.)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
	уборная ( не меньше 2 кв. м.)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
	вспомогательные помещения (помещения или шкафы для хранения предметов уборки) площадью не меньше 4 кв. м.	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
	Размещение помещений исключает необходимость прохода работников для переодевания в специальную одежду через производственные помещения	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
	Проход к бытовым и вспомогательным помещениям осуществляется не через производственные помещения	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
2.10	Обустройство организации оптовой торговли	
	Имеющееся оборудование для хранения и отпуска лекарственных средств	шкафы стеллажи холодильники сейф поддоны 
	Имеются технические средства для постоянного контроля за температурой и относительной влажностью воздуха	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
	Оборудование служебно-бытовых помещений	шкафы для раздельного хранения личной и технологической одежды комната/шкаф для инвентаря мебель для приема пищи холодильник 
	Покрытие допускает влажную уборку производственных помещений с использованием дезинфицирующих средств: стен пола	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>

3	Сведения о квалификации персонала	
3.1	Сведения о заведующей организации оптовой торговли:	
	фамилия	
	имя	
	отчество	
	образование, наименование учебного заведения, год окончания, номер диплома, специальность	
	номер и дата заключения трудового договора, номер и дата приказа о назначении на должность	
	Соответствие единым квалификационным требованиям	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

4	Заключение:		
4.1	Соответствую и обязываюсь выполнять Положение о лицензировании фармацевтической деятельности и Правила оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения		
4.2	Вся предоставленная в этих сведениях информация является достоверной и полной		
Фамилия, инициалы руководителя субъекта или физического лица - предпринимателя			подпись
Дата составления этих Сведений			М.П.



к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

**Сведения о наличии материально-технической базы и квалифицированного персонала, необходимых для осуществления изготовления лекарственных препаратов в условиях аптеки, розничной торговли лекарственными средствами**

1	Сведения о субъекте:			
1.1	Для юридического лица:		Для физического лица - предпринимателя:	
	название		фамилия	
			имя	
			отчество	
			телефон	
идентификационный номер		идентификационный номер		
номер перерегистрации (при наличии)				
форма собственности		номер перерегистрации (при наличии)		
1.2	Сведения о руководителе субъекта:			
	фамилия			
	имя			
	отчество			
	телефон			
1.3	Местонахождение юридического лица или место жительства физического лица - предпринимателя			
	Электронный адрес:	E-mail:		

2	Сведения о материально-технической базе			
2.1	Аптечная организация			
	Аптека	<input type="checkbox"/>	номер	название аптечного учреждения (при наличии)
	Аптечный пункт	<input type="checkbox"/>		
2.2	место осуществления деятельности аптечной организации			
2.3	Режим работы			
	с	по	Выходные дни	
2.4	В аптечной организации осуществляется/будет осуществляться:			
	Розничная торговля лекарственными средствами			<input type="checkbox"/>
	Изготовление лекарственных препаратов в условиях аптеки			<input type="checkbox"/>

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

2.5	Характеристика здания, в котором размещена аптечная организация	
	Общий входной тамбур	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если «да», то указать, с каким помещением:
	Количество этажей	
	Основное использование здания	
2.6	Правовое основание для использования помещения	
	Помещение используется на правах	собственности <input type="checkbox"/> пользования <input type="checkbox"/>
	Документ, который подтверждает право собственности или пользования помещением	
2.7	Характеристика помещения, в котором размещена аптечная организация	
	изолированное	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
	многоэтажное	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если «да», то минимум один из залов обслуживания населения расположен на первом этаже с обязательной организацией одного рабочего места для отпуска лекарственных средств да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
	имеется отдельный самостоятельный выход наружу	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
	совмещенное	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если «да», то совмещенное с торговым центром, санаторно-курортным учреждением, отелем, аэропортом, вокзалом, медицинской организацией (нужно подчеркнуть)
	зал обслуживания населения находится на первом этаже	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если «нет», то уровень пола зала обслуживания населения не ниже/выше планировочного уровня земли больше чем на 0,5 метра да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
	помещение находится в медицинской организации	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если «да», то указать этаж, на котором расположена аптечная организация <input type="checkbox"/>
	2.8	Наличие инженерного оборудования для обеспечения:
теплоснабжение		центральное <input type="checkbox"/> автономное <input type="checkbox"/>
водоснабжение		центральное <input type="checkbox"/> автономное <input type="checkbox"/> отсутствует <input type="checkbox"/>
освещение		электрическое <input type="checkbox"/> природное <input type="checkbox"/> электрическое+природное <input type="checkbox"/>
канализация		центральная <input type="checkbox"/> автономная <input type="checkbox"/> отсутствует <input type="checkbox"/>

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

2.9	Структура аптечной организации		
	Общая площадь, в том числе площадь:	_____ кв. м	
	торгового зала	$\geq 18$ , кв. м.      да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> _____ (для аптек, расположенных в городах и поселках городского типа)	
		$\geq 10$ кв.м      да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> _____ (для аптек, расположенных в селах)	
	помещений хранения лекарственных средств	$\geq 10$ , кв. м.      да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> _____ (для аптек, расположенных в городах и поселках городского типа)	
		$\geq 6$ кв.м      да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> _____ (для аптек, расположенных в селах)	
Помещений персонала	$\geq 8$ кв.м      да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> _____ (для аптек, расположенных в городах и поселках городского типа)		
	$\geq 4$ кв.м      да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> _____ (для аптек, расположенных в селах)		
В аптечной организации имеются:	уборная с ручкой	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	
	место санитарной обработки рук	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	
2.10	Обустройство аптечной организации		
	Оборудование для хранения и отпуска лекарственных средств	шкафы стеллажи холодильники сейф поддоны экран для защиты от прямой капельной инфекции	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Оборудование служебно-бытовых помещений	шкафы для раздельного хранения личной и технологической одежды комната/шкаф для инвентаря мебель для приема пищи холодильник	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.11	Обустройство аптечной организации		
	Оборудование для хранения лекарственных средств	шкафы <input type="checkbox"/> стеллажи <input type="checkbox"/> холодильник <input type="checkbox"/> сейф/сейфы <input type="checkbox"/> поддоны <input type="checkbox"/>	
	Оборудование для отпуска лекарственных средств	шкафы <input type="checkbox"/> стеллажи <input type="checkbox"/> холодильник <input type="checkbox"/> экран для защиты от прямого капельной инфекции <input type="checkbox"/>	
	Имеющиеся технические средства для постоянного контроля за температурой и относительной влажностью воздуха		
	Оборудование служебно-	шкафы для раздельного хранения личной и	<input type="checkbox"/>

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

<p>бытовых помещений:</p>	<p>технологической одежды комната/шкаф для инвентаря <input type="checkbox"/> холодильник <input type="checkbox"/> мебель для приема пищи <input type="checkbox"/></p>
<p>Наличие промаркированного инвентаря, предназначенного для уборки различных помещений и зон</p>	<p>да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/></p>
<p>Условия производства</p>	<p>Неасептические <input type="checkbox"/> асептические <input type="checkbox"/></p>
<p>Состав производственных помещений аптеки, осуществляющей изготовление лекарственных препаратов в неасептических условиях:</p>	<p>ассистентская да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>                  фасовочная да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>                  кабинет провизора-аналитика да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>                  помещение для получения воды очищенной да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>                  моечная да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>                  стерилизационная аптечной посуды да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>                  ассистентская, фасовочная и рабочее место провизора-аналитика да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>                  моечная и стерилизационная аптечной посуды да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/></p>
<p>Состав производственных помещений аптеки, осуществляющей изготовление лекарственных препаратов в асептических условиях:</p>	<p>ассистентская асептическая с шлюзом да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>                  фасовочная (с шлюзом) да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>                  ассистентская асептическая и фасовочная с шлюзом да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>                  контрольно-маркировочная да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>                  стерилизационная для лекарственных препаратов да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>                  помещение для получения воды для инъекций да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>                  помещение для получения воды для инъекций и воды очищенной да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/></p>
<p>Имеющиеся зоны:</p>	<p>зона для хранения субстанций, которая находится _____ да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>                  зона внутриаптечной заготовки и фасовки да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>                  зона готовых лекарственных форм, которая находится да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/></p>
<p>Имеющиеся помещения для хранения лекарственных средств и изделий медицинского назначения:</p>	<p>материальная лекарственных средств да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>                  материальная для хранения наркотических и психотропных лекарственных средств да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>                  материальная лекарственных средств, требующих защиты от воздействия повышенной температуры да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>                  материальная средств санитарии, гигиены и изделий медицинского назначения да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>                  материальная/зона вспомогательных материалов и тары да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/></p>
<p>Расположение производственных помещений соответствует после довательности выполнения операций производственного процесса и требованиям к урону</p>	<p>так <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/></p>

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

<p>чистоты, исключена возможность пересечения технологических, материальных и людских потоков</p>	
<p>Помещение для изготовления нестерильных лекарственных средств и / или изготовления лекарственных средств в асептических условиях оснащено основным необходимым специальным производственным оборудованием, приборами, аппаратами, средствами измерительной техники</p>	<p>ассистентское оборудование <input type="checkbox"/></p> <p>стол ассистентский <input type="checkbox"/></p> <p>стулья аптечные <input type="checkbox"/></p> <p>шкаф для хранения субстанций <input type="checkbox"/></p> <p>шкафы для хранения изготовленных в аптеке лекарственных препаратов <input type="checkbox"/></p> <p>шкаф для хранения аптечной посуды <input type="checkbox"/></p> <p>весы настольные <input type="checkbox"/></p> <p>весы технические <input type="checkbox"/></p> <p>весы ручные аптечные <input type="checkbox"/></p> <p>набор разновесов <input type="checkbox"/></p> <p>ступки, пестики <input type="checkbox"/></p> <p>посуда мерная (мензурки, пробирки, пипетки) <input type="checkbox"/></p> <p>рефрактометр <input type="checkbox"/></p> <p>Рн-метр <input type="checkbox"/></p> <p>стол провизора-аналитика с набором реактивов <input type="checkbox"/></p> <p>аквадистиллятор <input type="checkbox"/></p> <p>сборники для воды очищенной <input type="checkbox"/></p> <p>стерилизатор <input type="checkbox"/></p> <p>шкафы сушильные <input type="checkbox"/></p> <p>ванны для мытья и замачивания аптечной посуды <input type="checkbox"/></p> <p>другие _____ <input type="checkbox"/></p>
<p>Проведено метрологическую поверку средств измерения</p>	<p>да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/></p>
<p>Перед входом в ассистентские помещения, в тамбурете туалета есть резиновые коврики, обработанные дезинфицирующим средством</p>	<p>да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/></p>
<p>Для мытья рук персонала в шлюзе ассистентской, асептической, моечной и туалетной комнатах имеются:</p>	<p>раковины да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/></p> <p>емкости с дезинфицирующими растворами да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/></p> <p>воздушная электросушилка да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/></p>
<p>Работники аптеки</p>	<p>да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/></p>

к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности

	обеспечены технологической одеждой	
	Наличие действующих Фармакопей и нормативно-правовых актов, нормативно-технических документов по стандартизации, обеспечивающих выполнение изобретательских видов работ	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>

3	Сведения о квалификации персонала	
3.1	Сведения о заведующем аптечной организацией:	
	фамилия	
	имя	
	отчество	
	образование, наименование учебного заведения, год окончания, номер диплома, специальность	
	номер и дата заключения трудового договора, номер и дата приказа о назначении на должность	
	Соответствие единым квалификационным требованиям	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>

4	Заключение:		
4.1	Соответствую и обязываюсь выполнять Положение о лицензировании фармацевтической деятельности и Правила розничной торговли лекарственными средствами для медицинского применения		
4.2	Вся предоставленная в этих сведениях информация является достоверной и полной		
	Фамилия, инициалы руководителя субъекта или физического лица - предпринимателя		подпись
	Дата составления этих Сведений		М.П.