

**Заявление о предоставлении дубликата лицензии  
на осуществление фармацевтической деятельности**

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

В Республиканскую службу  
лекарственных средств  
Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о предоставлении дубликата лицензии / 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.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
6.	Идентификационный номер	
7.	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

8.	Адрес места осуществления лицензируемых видов деятельности, на которые Субъект утратил или испортил лицензию при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере оборота лекарственных средств для медицинского применения	<p><b>Организация оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения</b>  <b>* Аптечный склад</b>          _____          (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><b>Аптечная организация</b>  <b>* Аптека</b>          _____          (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><b>* Аптека производственная</b>          _____          (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><b>* Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</b>          _____          (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><b>* Аптечный пункт</b>          _____          (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
9.	Номер телефона, адрес электронной почты	
10.	Банковские реквизиты	
11.	Лицензия	Дата приказа _____ Номер приказа _____ Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____

просит предоставить дубликат лицензии / копии лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, выданной Республиканской службой лекарственных средств Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

Серия, номер и дата регистрации лицензии \_\_\_\_\_

\* 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 дубликата 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.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
6.	Идентификационный номер	
7.	Адрес места осуществления деятельности по производству лекарственных средств	<b>* производитель лекарственных средств</b> _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)
8.	Копия досье производственного участка	Реквизиты документов: _____  Количество страниц: _____
9.	Номер телефона адрес электронной почты	

\* Нужно указать

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

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

М.П.