(Бланк Органалицензирования)  
------------------------------------------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. | Донецк | №\_\_\_\_\_ |
| Руководителю  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (полное наименование субъекта хозяйствования или ФИО физического лица-предпринимателя)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  юридический адрес или адрес места проживания) |

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

**о проведении плановой проверки соблюдения лицензионных условий**

Республиканская служба лекарственных средств Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики во исполнение плана проверок на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квартал 20\_\_\_\_ г., утвержденного приказом Республиканской службы лекарственных средств МЗ ДНР от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_, сообщает о проведении плановой проверки соблюдения лицензионных условий

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество физического лица-предпринимателя, идентификационный код (номер), адрес местонахождения юридического лица или местожительства физического лица-предпринимателя, вид деятельности)

По месту(ам) осуществления деятельности:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название и адрес организаций и обособленных структурных подразделений)

Проверяемый период: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предмет проверки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата начала проверки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата окончания проверки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу руководителя субъекта хозяйствования/физического лица-предпринимателя при проведении мер государственного надзора (контроля) присутствовать лично или выделить уполномоченное лицо с надлежащим образом оформленными документами и обеспечить условия для проведения проверки.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование должности) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО) |