Бланк Органа лицензирования------------------------------------------

**НАПРАВЛЕНИЕ**

на проведение проверки

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_ | №\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Выдано должностным лицам |  |
|  | (наименование должности, фамилия, имя, отчество должностного лица, осуществляющего проверку) |

для проведения проверки возможности соблюдения лицензионных условий плановой/внеплановой проверки соблюдения лицензионных условий (необходимое подчеркнуть) субъектом хозяйствования:

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

(полное наименование юридического лица, Ф.И.О. физического лица-предпринимателя

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

(идентификационный код(номер))

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

(местонахождение юридического лица или место жительства физического лица - предпринимателя)

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

 (наименование фармацевтической организации)

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

(место осуществления деятельности)

|  |  |
| --- | --- |
| Предмет проверки | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(возможность выполнения соискателем лицензии лицензионных условий по оптовой торговле лекарственными средствами для медицинского применения/по розничной торговле лекарственными средствами для медицинского применения/ по изготовлению лекарственных препаратов для медицинского применения в условиях аптеки)(соблюдение лицензиатом лицензионных условий по оптовой торговле лекарственными средствами для медицинского применения/по розничной торговле лекарственными средствами для медицинского применения/ по изготовлению лекарственных препаратов для медицинского применения в условиях аптеки) |

согласно приказу Республиканской службы лекарственных средств Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_

на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать основание для проведения проверки)

|  |  |
| --- | --- |
| в срок с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ | по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |
| (информация об осуществлении предыдущего мероприятия (тип мероприятия и когда проводилось) |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование должности)М.П. |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО) |