|  |
| --- |
| Приложение 1  к Порядку уведомления об осуществлении хозяйственной деятельности, связанной с розничной торговлей лекарственными препаратами и изделиями  медицинского назначения  (пункт 2.1) |

Главе администрации

Новоазовского района

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

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

Уведомление

об осуществлении хозяйственной деятельности,

связанной с розничной торговлей лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения

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

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

(указывается полное и сокращенное наименование, организационно-правовая форма юридического лица, фамилия, имя, отчество физического лица – предпринимателя)

уведомляет об осуществлении хозяйственной деятельности, связанной с розничной торговлей лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения.

Адрес фактического осуществления хозяйственной деятельности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(юридического лица, физического лица – предпринимателя)

Юридический адрес/ адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(юридического лица/ физического лица – предпринимателя)

Ф.И.О. заявителя, контактный телефон, адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Вид хозяйственной деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

К уведомлению прилагаются:

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

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

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

(дата подачи уведомления) (подпись заявителя) (Ф.И.О.)

Уведомление получил: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата получения, Ф.И.О. и подпись заявителя)

Субъект хозяйствования в соответствии с требованиями Постановления Государственного комитета обороны Донецкой Народной Республики от 09 апреля 2022 года № 3 «Об особенностях осуществления хозяйственной деятельности на освобожденных территориях, ранее временно находившихся под контролем Украины»:

1. Имеет право осуществлять хозяйственную деятельность, связанную с розничной торговлей лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения, с соблюдением требований Указа Главы Донецкой Народной Республики от 09 марта 2022 года № 59 «Об особенностях действия лицензий и иных разрешительных документов субъектов хозяйствования, зарегистрированных на освобожденных территориях, ранее временно находившихся под контролем Украины».

2. Обязан обратиться в органы доходов и сборов Донецкой Народной Республики для проведения регистрационных действий согласно Указу Главы Донецкой Народной Республики от 09 марта 2022 года № 58 «[О регистрационных действиях, проводимых в отношении юридических лиц, зарегистрированных на освобожденных территориях, ранее временно находившихся под контролем Украины, и физических лиц, проживающих на таких территориях](https://gb-dnr.site/normativno-pravovye-akty/10356/)» не позднее 60 дней со дня подачи в местные администрации уведомления об осуществлении хозяйственной деятельности.

Ознакомлен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, Ф.И.О. заявителя)