|  |
| --- |
| Приложение 1  к Порядку уведомления об осуществлении хозяйственной деятельности, связанной с розничной торговлей лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения (пункт 2.1) (*в ред. Распоряжения Администрации города Донецка ДНР* [*от 22.08.2022 № 1620*](http://gisnpa-dnr.ru/npa/1000-1620-20220822/)) |

Главе администрации города Донецка

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

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

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 № 3 от 09 апреля 2022 года «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 Постановлению Государственного комитета обороны Донецкой Народной Республики от 26 апреля 2022 года № 33 «О некоторых вопросах проведения регистрационных действий на освобожденных территориях, временно находившихся под контролем Украины» не позднее 60 дней со дня подачи в местные администрации уведомления об осуществлении хозяйственной деятельности.

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

(подпись, Ф.И.О. заявителя)