

**Приложение 9**  
**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/дубликата 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	Выдан _____ (Орган, выдавший документ) Дата выдачи _____

**Приложение 9**

**к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности**

	Единый государственный реестр физических лиц-предпринимателей	Бланк: серия _____ № _____
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></p> <p><b>* Аптечный склад</b></p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><b>Аптечная организация</b></p> <p><b>* Аптека</b></p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><b>* Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных форм</b></p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><b>* Аптечный пункт</b></p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
9.	Номер телефона, адрес электронной почты	
10.	Банковские реквизиты	
11.	Лицензия	<p>Дата приказа _____ Номер приказа _____</p> <p>Дата выдачи _____</p> <hr/> <p>Бланк: серия _____</p> <p>№ _____</p>

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

(ФИО действующего руководителя юридического лица  
или ФИО физического лица-предпринимателя)

\_\_\_\_\_

(дата)

\_\_\_\_\_

(Подпись)

М.П.