

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

В Республиканскую службу  
лекарственных средств  
Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**об аннулировании лицензии/копии лицензии**  
**на осуществление фармацевтической деятельности на:**

\_\_\_\_\_  
(полное наименование юридического лица или  
ФИО физического лица-предпринимателя)

просит аннулировать лицензию/копию лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, выданной Республиканской службой лекарственных средств Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

Регистрационный № \_\_\_\_\_ лицензии от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.,

Предоставленной \_\_\_\_\_

(наименование лицензирующего органа)

Регистрационный № \_\_\_\_\_ лицензии от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.,

Предоставленной \_\_\_\_\_

(наименование лицензирующего органа)

В связи с:

- \* ликвидацией организации, которая осуществляет определенный вид деятельности или структурного подразделения;
- \* прекращения деятельности в сфере оборота лекарственных средств

|    |  |  |
|----|--|--|
| 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.  | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица или физического лица-предпринимателя  |   |
| 6.  | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц   | <p>Выдан _____<br/>(Орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____<br/>№ _____</p>  |
| 7.  | Идентификационный номер налогоплательщика   |   |
| 8.  | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о физическом лице в Единый государственный реестр физических лиц-предпринимателей  | <p>Выдан _____<br/>(Орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____<br/>№ _____</p>  |
| 9.  | Адрес места осуществления деятельности по производству лекарственных средств  | <p><b>* Производитель лекарственных средств для медицинского применения</b></p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>  |
| 10. | Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, на которые Субъекту выданы лицензии 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> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><b>Аптечная организация</b></p> <p><b>* Аптека</b></p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><b>* Аптека производственная</b></p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><b>* Аптека производственная, с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</b></p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p><b>* Аптечный пункт</b></p> |

**Приложение 13**

**к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности**

|     |  |  |
|-----|--|--|
|     |  | (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) |
| 11. | Номер телефона,<br>адрес электронной почты |  |
| 12. | Банковские реквизиты                       |  |

\_\_\_\_\_

\* Нужно указать

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

М.П.