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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица или физического лица-предпринимателя |  |
|  | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
|  | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
|  | Адрес местонахождения юридического лица или места жительства физического лица-предпринимателя |  |
|  | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц | Выдан  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Орган, выдавший документ)  Дата выдачи  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Идентификационный номер |  |
|  | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о физическом лице в Единый государственный реестр физических лиц-предпринимателей | Выдан  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Орган, выдавший документ)  Дата выдачи  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | 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 | |  | | --- | | **Организация оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения**  **\*Аптечный склад** | | (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) | | **Аптечная организация**  **\* Аптека** | | (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) | | **\* Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных форм** | | (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)   |  | | --- | | **\* Аптечный пункт** | | (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) | | |
|  | Номер телефона,  адрес электронной почты |  |
|  | Банковские реквизиты |  |
|  | Лицензия | Дата приказа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер приказа\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

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

\* Нужное указать

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| (ФИО действующего руководителя юридического лица  или ФИО физического лица-предпринимателя) | | |
|  |  |  |
| (дата) |  | (Подпись) |

М.П.