Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется лицензирующим органом)

|  |  |
| --- | --- |
|  | В Республиканскую службу лекарственных средств  Министерства здравоохранения  Донецкой Народной Республики |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о переоформлении лицензии**

**на осуществление фармацевтической деятельности на**

производство лекарственных средств для медицинского применения;

оптовую торговлю лекарственными средствами для медицинского применения;

розничную торговлю лекарственными средствами для медицинского применения;

изготовление лекарственных препаратов в условиях аптеки

|  |
| --- |
|  |
| (указать вид деятельности) |
|  |
| (полное наименование юридического лица или  фамилия, имя, отчество физического лица-предпринимателя) |

просит переоформить лицензию 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:

\* изменением наименования юридического лица (если изменение наименования не связано с реорганизацией юридического лица) или фамилии, имени, отчества физического лица - предпринимателя;

\* изменением местонахождения юридического лица или места жительства физического лица – предпринимателя;

\* изменением лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменения, которые стали причиной для переоформления лицензии | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (орган, принявший решение)  Реквизиты документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Адрес места осуществления деятельности по производству лекарственных средств | |  | | --- | | **\* Производитель лекарственных средств** **для медицинского применения** | | (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) | |
|  | Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, на которые Субъекту выданы лицензии 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** | | (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  **\* Аптека производственная, с правом изготовления асептических лекарственных препаратов** | | (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) | | **\* Аптечный пункт** | | (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) | | |
|  | Номер телефона,  адрес электронной почты |  |
|  | Банковские реквизиты |  |

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

\* Нужное указать

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| (ФИО действующего руководителя юридического лица  или ФИО физического лица-предпринимателя) | | |
| «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. |  |  |
| (дата) |  | (подпись) |

М.П.