Регистрационный номер:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

(заполняется лицензирующим органом)

Уведомление

(для юридического лица/индивидуального предпринимателя)

о намерении осуществлять фармацевтическую деятельность

(за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти)

на территории Орловской области

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате | |
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя |  | |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя;  данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  | |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица; индивидуального предпринимателя (в случае, если имеется) |  | |
| 4. | Адрес местонахождения юридического лица;  адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс) |  | |
| 5. | Вид обособленного объекта | Адрес(-а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, который намерен осуществлять лицензиат (с указанием почтового индекса) | Виды работ, осуществляемых на объекте |
| 5.1. | 2. Аптечные организации:  <\*> Аптека готовых лекарственных форм.  <\*> Аптека производственная.  <\*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.  <\*> Аптечный пункт.  <\*> Аптечный киоск.  3. Структурные подразделения медицинских организаций:  <\*> Аптека готовых лекарственных форм.  <\*> Аптека производственная.  <\*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.  <\*> Аптечный пункт.  4. Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:  <\*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики.  <\*> Амбулатория.  <\*> Фельдшерский пункт.  <\*> Фельдшерско-акушерский пункт.  5. Индивидуальные предприниматели. |  | <\*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения;  <\*> хранение лекарственных препаратов для медицинского применения;  <\*> перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения;  <\*> перевозка лекарственных средств для  медицинского применения;  <\*> розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения;  <\*> отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения;  <\*> изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения |
| 6. | Дата предполагаемого начала осуществления фармацевтической деятельности на территории Орловской области |  | |
| 8. | Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям | Согласно приложению на \_\_\_\_\_ листах к заявлению о переоформлении лицензии, описи к заявлению о переоформлении лицензии | |
| 9. | Контактный телефон, факс |  | |
| 10. | Адрес электронной почты  (при наличии) |  | |

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица

(индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(документ, подтверждающий полномочия)

уведомляет о намерении осуществлять фармацевтическую деятельность (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти) на территории Орловской области.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица

(индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись)

М. П.