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.