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. | **Аптечные организации:** <\*> Аптека готовых лекарственных форм.<\*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов.<\*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.<\*> Аптечный пункт. <\*> Аптечный киоск.**Структурные подразделения медицинских организаций:**<\*> Аптека готовых лекарственных форм. <\*> Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов.<\*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.<\*>Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов.<\*> Аптечный пункт. **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.  |  | <\*> 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 |  |
| 7. | Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям  | Согласно приложению на \_\_\_\_\_ листах к заявлению о переоформлении лицензии, описи к заявлению о переоформлении лицензии |
| 8. | Контактный телефон, факс |  |
| 9. | 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.