

ПОГОДЖЕНО

Начальник Державної служби з лікарських засобів та контролю за наркотиками у Харківській області

(підпис) О.С. Терещенко
(ініціали, прізвище)

“ ”

(дата)

МП

ЗАТВЕРДЖУЮ

Керівник суб'єкта господарювання

(підпис) _____
(ініціали, прізвище)

“ ”

(дата)

МП

ПЕРЕЛІК

внутрішньоаптечної заготовки, що виробляє (виготовляє) аптека

№	Найменування

Завідувач аптеки

(найменування посади)

(підпис)

(ініціали, прізвище)