|  |
| --- |
| **Додаток 2**до пункту 3.2 Порядку проведення сертифікації підприємств, які здійснюють оптову реалізацію (дистрибуцію) лікарських засобів  |

|  |
| --- |
| ***Додаток N \_\_\_\_\_\_\_ до заяви \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***                                                                         (вказати назву Заявника, номер та/чи дату подання заяви)  |

### ВІДОМОСТІпро структурні підрозділи, заявлені до сертифікації(відповідно місця провадження діяльності з оптової торгівлі лікарськими засобами ліцензіата)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N з/п  | Назва структурного підрозділу  | Повна поштоваадреса місця провадження діяльності,e-mail  | П. І. Б. керівника, його контактні телефони, факси тощо  | П. І. Б. Уповноваженої особи, її контактні телефони, факси тощо  |
|    |    |    |    |    |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(посада керівника юридичної особи або назва фізичної особи)  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис)  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім'я, по батькові)  |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 200\_ року  |    | М. П.  |