|  |
| --- |
| **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) |

### ВІДОМОСТІ про 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. |