

Додаток 1
до Ліцензійних умов

Державна служба України з
лікарських засобів та контролю за
наркотиками
(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА
про отримання ліцензії на провадження діяльності з
виробництва (виготовлення) лікарських засобів в умовах аптеки,
оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами

Здобувач ліцензії **ТОВ «Аптека», 11111, м.Київ, провул.Український, 1**
(найменування, місцезнаходження юридичної особи)

Іванов Іван Іванович

(прізвище, ім'я, по батькові керівника юридичної особи, код згідно з ЄДРПОУ)

(прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи — підприємця)

(серія, номер паспорта, дата видачі,

орган, що видав паспорт, місце проживання)

Номер телефону **(111) 111-11-11** Адреса електронної пошти **dls@gov.ua**

Організаційно-правова форма: **Товариство з обмеженою відповідальністю**

Реєстраційний номер облікової картки платника податків (для фізичної
особи — підприємця)* _____

Ідентифікаційний код юридичної особи **00110011**

Прошу видати ліцензію на провадження такого виду діяльності
виробництво (виготовлення) лікарських засобів в умовах аптеки ☐
оптова торгівля лікарськими засобами ☐
роздрібна торгівля лікарськими засобами ☒

за таким місцем (місцями) провадження господарської діяльності:

Місце провадження господарської діяльності**	Адреса місця провадження господарської діяльності (індекс, область, район, місто/селище міського типу/село/селище, вулиця, будинки тощо)	Вид господарської діяльності
Аптека №1	10000, м.Київ, пр-т Київський, 1, прим.25	Роздрібна торгівля лікарськими засобами

Прошу за місцем (місцями) провадження господарської діяльності, зазначеним(ими) у цій заяві, провести перевірку:

наявності матеріально-технічної бази, кваліфікації персоналу ☒

умов щодо здійснення контролю якості лікарських засобів, що вироблятимуться ☐

Крім електронного вигляду, бажаю отримати ліцензію на паперовому носії:

нарочно ☐

поштовим відправленням за місцезнаходженням/місцем проживання ☐

Ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) відповідаю і зобов'язуюсь їх виконувати.

Даю згоду на обробку персональних даних з метою забезпечення виконання вимог Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності” (для фізичної особи — підприємця).

Про рішення, прийняте за результатами розгляду цієї заяви, повідомити:

нарочно ☐

поштовим відправленням за місцезнаходженням/місцем проживання ☐

в електронному вигляді ☐

Директор

(посада особи, яка подала заяву)

(підпис)

І.І. Іванов

(ініціали, прізвище)

“20” грудня 2016 року

Дата і номер реєстрації заяви “__” _____ 20__ року № _____

(посада особи, яка прийняла заяву)

(підпис)

(ініціали, прізвище)

“__” _____ 20__ року

* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті, — серія та номер паспорта.

** Зазначається:

для виробництва (виготовлення) лікарських засобів в умовах аптеки — аптека із зазначенням її номера, найменування (за наявності);

для оптової торгівлі лікарськими засобами — аптечний склад (база) із зазначенням його номера, найменування (за наявності), загальної площі та площі виробничих приміщень;

для роздрібної торгівлі лікарськими засобами — аптека із зазначенням її номера, найменування (за наявності); аптечний пункт із зазначенням його номера, найменування (за наявності), номера та найменування (за наявності) аптеки, структурним підрозділом якої він є, лікувально-профілактичного закладу, в якому він розташований.
