Додаток 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ПОГОДЖЕНО** |  | **ЗАТВЕРДЖУЮ** |
|  |  |  |
| Начальник Державної служби з лікарських засобів та контролю за наркотиками у Дніпропетровській області |  | Керівник суб’єкта господарювання |
|

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ініціали, прізвище) |

 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ініціали, прізвище) |

 |
| “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата)МП |  | “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( дата)МП |

**ПЕРЕЛІК**

внутрішньоаптечної заготовки, що виробляє (виготовляє) аптека

|  |  |
| --- | --- |
| № | Найменування  |
|  |  |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Завідувач аптеки (підпис) (ініціали, прізвище)

(найменування посади)