Додаток 1
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України
від 22 вересня 2021 р. № 1002)

Державна служба України з лікарських

 засобів та контролю за наркотиками
(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА
про отримання ліцензії на провадження/розширення господарської діяльності з виробництва (виготовлення) лікарських засобів в умовах аптеки, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами, електронної роздрібної торгівлі лікарськими засобами

Здобувач ліцензії/ліцензіат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (найменування, місцезнаходження юридичної особи)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)

**Іванків Іванна Іванівна**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)

**FF № 111111, виданий 01.01.1996 Шевченківським РВ УМВС України в м. Києві**\_\_\_\_\_\_\_

(серія, номер паспорта, дата видачі,

**01001, м. Київ, пр-т Перемоги, буд. 100, кв. 112**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

орган, що видав паспорт, місце проживання)

Номер телефону **\_+38(098)0000000**, адреса електронної пошти **iva123@ukr.net**

Організаційно-правова форма: \_\_\_ **фізична особа - підприємець**

Реєстраційний номер облікової картки платника податків (для фізичної особи - підприємця)\*\_\_**1000000000**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ юридичної особи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Інформація про діючу ліцензію (за наявності) **роздрібна торгівля лікарськими засобами** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вид господарської діяльності, на яку було видано ліцензію,

\_\_\_\_\_\_**21.01.2021\_\_\_\_б/н**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
дата видачі і серія, номер (за наявності) ліцензії)

Прошу видати ліцензію на провадження/**розширення** (необхідне підкреслити) господарської діяльності з такого виду:

|  |  |
| --- | --- |
| виробництва (виготовлення) лікарських засобів в умовах аптеки |  |
| оптової торгівлі лікарськими засобами |  |
| роздрібної торгівлі лікарськими засобами | Х |
| електронної роздрібної торгівлі 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, будинок тощо) | Вид господарської діяльності |
| Аптека № 2  | 01001, м. Київ, б-р. Вацлава Гавела 8, прим 123 | роздрібна торгівля лікарськими засобами |

Прошу за місцем (місцями) провадження господарської діяльності, зазначеними у цій заяві, провести перевірку (для виробництва (виготовлення) лікарських засобів в умовах аптеки, оптової торгівлі лікарськими засобами, роздрібної торгівлі лікарськими засобами):

|  |  |
| --- | --- |
| наявності матеріально-технічної бази, кваліфікації персоналу | Х |
| умов щодо здійснення контролю якості лікарських засобів, що вироблятимуться |  |

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

Даю згоду на обробку персональних даних з метою забезпечення виконання вимог Закону України “Про ліцензування видів господарської діяльності”.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Фізична особа-підприємець**(посада особи, яка подала заяву) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) | **І.І. Іванків**\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище та ініціали (ініціал власного імені) |
|

\_**18\_ \_\_липня\_\_ 2022 р.**

Дата і номер реєстрації заяви \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(посада особи, яка прийняла заяву) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище та ініціали (ініціал власного імені) |

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\* 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, електронної 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.

{Додаток 1 в редакції Постанови КМ № 1002 від 22.09.2021}