Додаток 17  
до Ліцензійних умов

|  |
| --- |
|  |
| (найменування органу ліцензування) |

**ЗАЯВА  
про внесення до Єдиного державного реєстру юридичних осіб,   
фізичних осіб - підприємців та громадських формувань   
у зв’язку з припиненням діяльності з імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) за певним місцем провадження**

I. Загальна інформація про заявника

|  |  |
| --- | --- |
| Ліцензіат (найменування юридичної особи\*) | |
| @@OrgName@@ | |
| Місцезнаходження юридичної особи | |
| @@AddressString@@ | |
| Прізвище, ім’я, по батькові керівника юридичної особи | |
| @@OrgDirector@@ | |
| Організаційно-правова форма | |
| @@LegalFormTypeName@@ | |
| Ідентифікаційний код юридичної особи | |
| @@EDRPOU@@ | |
| Контактна інформація | |
| Номер телефону: | @@Phone@@ |
| Номер факсу: | @@FaxNumber@@ |
| E-mail: | @@EMail@@ |
| Поточний рахунок в національній валюті | |
| № | @@NationalAccount@@ |
| в | @@NationalBankRequisites@@ |
| Поточний рахунок в іноземній валюті | |
| № | @@InternationalAccount@@ |
| в | @@InternationalBankRequisites@@ |
| D-U-N-S номер (за наявності) | @@Duns@@ |
| *(ідентифікаційний номер дільниці, наприклад, номер D-U-N-S дільниці (Data Universal Numbering System - дані універсальної номерної системи) - унікальний ідентифікаційний номер, наданий Dun&Bradstreet, або дані GPS (Global Positioning System - глобальна система навігації та визначення розташування), або номер іншої системи визначення географічного розташування)* | |

Прошу внести зміни до Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань у зв’язку з припиненням діяльності з імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) за місцем провадження господарської діяльності, а саме:

@@PDFTemplate\_RemBranchAppIML\_MDP@@

Також прошу внести зміни у додаток до ліцензії *(зазначається у разі необхідності внесення змін у додаток до ліцензії. Інформація не потребує внесення до Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань):*

|  |  |
| --- | --- |
| Тип продукції, що планується імпортувати *(зазначити необхідне)* | |
| * імпорт зареєстрованих готових лікарських засобів | @@Bool1@@ |
| * імпорт зареєстрованих лікарських засобів у формі «in bulk» (продукції «in bulk») | @@Bool2@@ |
| * інша діяльність з імпорту лікарських засобів | @@Bool3@@ |
| Інше *(зазначити за наявності)* | |
| @@AnyList@@ | |

|  |  |
| --- | --- |
| Умови щодо контролю якості лікарських засобів, які будуть ввозитися на територію України, та інформація щодо уповноважених осіб  *(зазначається окремо для кожної уповноваженої особи)*: | |
| Наявні умови щодо контролю якості лікарських засобів, які будуть ввозитися на територію України | @@Booool@@ |

@@AutPersonList@@

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| зміна переліку лікарських засобів (в тому числі звуження переліку) |  | додається змінений перелік лікарських засобів згідно з розділом II |  |
| доповнення переліку лікарських засобів |  | додається доповнення до переліку лікарських засобів згідно з розділом II |  |

|  |
| --- |
| Додаткова інформація *(зазначається ліцензіатом в разі необхідності):* |
| В електронному вигляді |

|  |  |
| --- | --- |
| Бажаю отримати додаток до ліцензії: |  |
| * нарочно | @@???@@ |
| * поштовим відправленням за місцезнаходженням/місцем проживання | @@???@@ |
| Про рішення, прийняте за результатами розгляду цієї заяви, прошу повідомити: |  |
| * нарочно | @@IsCourierResults@@ |
| * поштовим відправленням за місцезнаходженням/місцем проживання | @@IsPostResults@@ |
| * в електронному вигляді | @@IsElectricFormResults@@ |

III. Інформація про лікарські засоби, що планує ввозити на територію України заявник  
(*цей розділ заповнюється додатково в електронному вигляді   
(файл Excel на CD-диску*)

Без змін.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Керівник заявника або фізична особа – підприємець |  |  |  | @@UserName@@ |
|  | (підпис) |  | (ініціали, прізвище) |

@@Date@@ 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.