Додаток 2   
до Ліцензійних умов

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

**ЗАЯВА  
про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів (промислового)**

Прошу видати ліцензію на провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів (промислового).

I. Загальна інформація про заявника

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

II. Інформація про діяльність з виробництва   
лікарських засобів, яку планує провадити заявник  
(цей розділ заповнюється для кожного окремого місця  
провадження діяльності, яке розташоване за іншою адресою)

@@MPD@@

III. Особливі умови провадження діяльності

|  |
| --- |
| Інформація щодо уповноважених осіб |
| @@OrgEmployeeExt@@ |
| *(прізвище, ім’я, по батькові)* |
| Інформація щодо контрактних виробників лікарських засобів |
| @@Contractors@@ |
| *(найменування, місцезнаходження та місце провадження діяльності)* |
| Інформація щодо контрактних лабораторій |
| @@ContractorLabs@@ |
| *(найменування, місцезнаходження та місце провадження діяльності)* |

|  |  |
| --- | --- |
| Прошу за місцем/місцями провадження господарської діяльності провести перевірку матеріально-технічної бази, кваліфікованого персоналу, а також умов щодо контролю якості лікарських засобів, що вироблятимуться | @@IsCheckMPD@@ |
| Додатково до електронної форми бажаю отримати ліцензію |  |
| * на паперовому носії | @@IsPaperLicense@@ |
| Бажаю отримати ліцензію: |  |
| * нарочно | @@IsCourierDelivery@@ |
| * поштовим відправленням за місцезнаходженням/місцем проживання | @@IsPostDelivery@@ |
| З порядком отримання ліцензії ознайомлений. Ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) відповідаю і зобов’язуюсь їх виконувати. | @@IsAgreeLicenseTerms@@ |
| Про рішення, прийняте за результатами розгляду цієї заяви, прошу повідомити: |  |
| * нарочно | @@IsCourierResults@@ |
| * поштовим відправленням за місцезнаходженням/місцем проживання | @@IsPostResults@@ |
| * в електронному вигляді | @@IsElectricFormResults@@ |

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

@@Date@@ року

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (посада особи, яка прийняла заяву) |  | (підпис) |  | (ініціали, прізвище) |

“\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року

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

\* Згідно з даними Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань.

\*\* 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.