Додаток 12   
до Ліцензійних умов

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

**ЗАЯВА  
про внесення до Єдиного державного реєстру юридичних осіб,   
фізичних осіб - підприємців та громадських формувань   
відомостей про місце провадження господарської діяльності   
з виробництва лікарських засобів**

|  |  |
| --- | --- |
| 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@@ |
| Дата видачі і серія, номер (за наявності) ліцензії | |
| @@LicenseInfo@@ | |

Прошу внести до Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань відомості про місце провадження виду господарської діяльності, на який отримано ліцензію, з виробництва лікарських засобів, а саме:

@@MPD@@

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):*

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)* |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 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@@ |
| 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.