Додаток 3   
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 (виготовлення) лікарських засобів в умовах аптеки, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами.**

I. Загальна інформація про заявника

|  |  |
| --- | --- |
| Прізвище, ім’я, по батькові фізичної особи-підприємця | |
| @@OrgName@@ | |
| Організаційно-правова форма | |
| @@LegalFormTypeName@@ | |
| Документ, що засвідчує фізичну особу - підприємця | |
| Серія паспорта: | @@PassportSerial@@ |
| Номер паспорта: | @@PassportNumber@@ |
| Дата видачі: | @@PassportDate@@ |
| Орган, що видав паспорт | |
| @@PassportIssueUnit@@ | |
| Місце проживання фізичної особи - підприємця | |
| @@AddressString@@ | |
| Реєстраційний номер облікової картки платника податків\* | |
| @@INN@@ | |
| Контактна інформація | |
| Номер телефону: | @@Phone@@ |
| Номер факсу: | @@FaxNumber@@ |
| E-mail: | @@EMail@@ |
| Види діяльності: | |
| @@ActivityTypeName@@ | |
| 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 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 (виготовлення) лікарських засобів в умовах аптеки, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами, а саме:

@@MPD@@

@@AutPersonList@@

|  |
| --- |
| 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 здійснення контролю якості лікарських засобів, що будуть ввозитися на територію України | @@IsCheckMPD@@ |
| 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

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

\* 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.