

Додаток 15  
до Ліцензійних умов провадження  
господарської діяльності з  
виробництва лікарських засобів,  
оптової, роздрібної торгівлі  
лікарськими засобами, імпорту  
лікарських засобів (крім активних  
фармацевтичних інгредієнтів)

\_\_\_\_\_

(найменування органу ліцензування)

**ЗАЯВА**

**про внесення змін до Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб - підприємців у зв'язку із припиненням діяльності з виробництва (виготовлення) лікарських засобів в умовах аптеки, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами за певним місцем її провадження**

Ліцензіат: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(найменування, місцезнаходження юридичної особи)

\_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я та по батькові керівника юридичної особи)

\_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я та по батькові фізичної особи - підприємця)

\_\_\_\_\_

(серія, номер паспорта, дата видачі,

\_\_\_\_\_

орган, що видав паспорт, місце проживання)

Номер телефону: \_\_\_\_\_ Адреса електронної пошти: \_\_\_\_\_

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

Ідентифікаційний код юридичної особи: \_\_\_\_\_

Вид господарської діяльності,  
на яку було видано ліцензію \_\_\_\_\_

Дата видачі і номер (за наявності) ліцензії: \_\_\_\_\_

Прошу внести відповідні зміни до Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб – підприємців у зв'язку із припиненням діяльності за наступними місцями провадження:

|                                               |                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Місце провадження господарської діяльності ** | Адреса місця провадження господарської діяльності (індекс, область, район, місто/селище міського типу/село/селище, вулиця, будинок тощо) |
|                                               |                                                                                                                                          |

Про рішення, прийняте за результатами розгляду цієї заяви повідомити:  
 нарочно ☐  
 поштовим відправленням за місцезнаходженням/місцем проживання ☐  
 в електронному вигляді ☐

\_\_\_\_\_  
 (посада особи, яка подала  
 заяву)

\_\_\_\_\_  
 (підпис)

\_\_\_\_\_  
 (прізвище, ім'я, по батькові)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

Дата і номер реєстрації заяви " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ 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 відповідний орган державної податкової служби і мають відмітку у паспорті, - серія та номер паспорта.

\*\* Зазначається:

для виробництва (виготовлення) лікарських засобів в умовах аптеки: аптека із зазначенням її номеру, найменування (за наявності);

для оптової торгівлі лікарськими засобами: аптечний склад (база) із зазначенням його номеру, найменування (за наявності), загальної площі, та площі виробничих приміщень;

для роздрібної торгівлі лікарськими засобами: аптека із зазначенням її номеру, найменування (за наявності), аптечний пункт із зазначенням його номеру, найменування (за наявності), номеру та найменування (за наявності) аптеки, структурним підрозділом якої він є, лікувально-профілактичного закладу, у якому він розташований.