

Додаток 20
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 звуження провадження виду господарської діяльності

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 серія, номер (за наявності) ліцензії: _____

Прошу звузити вид господарської діяльності, на який отримано ліцензію,
виключивши з його частину:

виробництво лікарських засобів	☐
виробництво (виготовлення) лікарських засобів в умовах аптеки	☐
оптова торгівля лікарськими засобами	☐
роздрібна торгівля лікарськими засобами	☐
імпорт лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів)	☐

Продовження додатка 20

У зв'язку з цим внести відповідні зміни до Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб – підприємців щодо наступного(их) місця(ь) провадження господарської діяльності:

Місце провадження господарської діяльності **	Адреса місця провадження господарської діяльності (індекс, область, район, місто/селище міського типу/село/селище, вулиця, будинок тощо)	Вид господарської діяльності, який може здійснюватись за відповідним місцем провадження діяльності

Крім електронного вигляду бажаю отримати ліцензію із звуженим видом діяльності на паперовому носії ☐
у спосіб:

нарочно ☐

поштовим відправленням за місцезнаходженням/місцем проживання ☐

Про рішення, прийняте за результатами розгляду цієї заяви повідомити:

нарочно ☐

поштовим відправленням за місцезнаходженням/місцем проживання ☐

в електронному вигляді ☐

(посада особи, яка подала заяву)
" ____ " _____ 20__ року

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові)

Дата і номер реєстрації заяви " ____ " _____ 20__ року № _____

(посада особи, яка прийняла заяву)
" ____ " _____ 20__ року

(підпис)

(ініціали, прізвище)

* Згідно з даними Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб - підприємців.

** Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний орган, що реалізує державну податкову політику, і мають відмітку у паспорті, - серія та номер паспорта.

*** Зазначається:

для виробництва лікарських засобів – виробнича дільниця із зазначенням переліку лікарських форм, складська зона (приміщення для зберігання, склад), зона контролю якості, зона здійснення видачі дозволу на випуск лікарських засобів;

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;

для імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) – складська зона (приміщення для зберігання, склад), зона контролю якості, зона здійснення видачі дозволу на випуск (реалізацію) серії лікарського засобу.