

Додаток 9
до Порядку контролю за додержанням
Ліцензійних умов провадження
господарської діяльності з
виробництва лікарських засобів,
оптової, роздрібної торгівлі
лікарськими засобами

(Бланк органу контролю)

Вид перевірки:
планова/позапланова

АКТ № _____
про неможливість ліцензіата забезпечити виконання Ліцензійних умов,
встановлених для певного виду господарської діяльності

_____ (найменування суб'єкта господарської діяльності (ліцензіата))

" ____ " _____ 20__ року

_____ (назва населеного пункту)

Акт складено посадовими особами:

_____ (прізвище, ініціали, посада)

_____ (прізвище, ініціали, посада)

_____ (прізвище, ініціали, посада)

_____ (прізвище, ініціали, посада)

призначеними наказом

_____ (найменування органу контролю)

від " ____ " _____ 20__ року № _____.

Перевірка проведена в присутності

_____ (прізвище, ініціали, посада, підпис, № доручення)

Під час перевірки встановлено таке:

Ліцензіат _____

Код за ЄДРПОУ/Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта (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) _____, ліцензія № _____ від " ____ " _____ 20__ року, строк дії до " ____ " _____ 20__ року на _____

Оригінал ліцензії, копії ліцензії

(наявні, відсутні)

Місцезнаходження _____

Структурний підрозділ, адреса(и) місця (місць) провадження господарської діяльності

Прізвище, ім'я _____

Контактний телефон _____

Результати перевірки фактичного стану матеріально-технічної бази аптечного складу, аптеки (аптечного пункту) ліцензіата:

Додатки до акта (за необхідності навести перелік):

№ з/п	Назва документа	Кількість арк.

(прізвище, ім'я, по батькові)

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові)

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові)

(підпис)

Акт про неможливість забезпечити виконання Ліцензійних умов складено на _____ аркушах у двох примірниках.

З результатами перевірки ознайомлений(а) та один примірник акта отримав(ла).

(прізвище, ім'я, по батькові)

(підпис)

" ____ " _____ 20__ року

М.П.

{Додаток 9 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 295 від 30.04.2014}