

Додаток 1
до Ліцензійних умов провадження
господарської діяльності з виробництва
лікарських засобів, оптової, роздрібною
торгівлі лікарськими засобами

(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА
на видачу ліцензії

Заявник

(найменування, місцезнаходження юридичної особи)

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

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

(серія, номер паспорта, дата видачі,

орган, що видав паспорт, місце проживання)

Номер телефону:

Організаційно-правова форма:

Код за ЄДРПОУ (для юридичної особи):

Реєстраційний номер облікової картки платника податків
(для фізичної особи – підприємця)*:

Поточний рахунок в національній валюті, номер В

Поточний рахунок в іноземній валюті, номер В

Прошу видати ліцензію на провадження такого виду діяльності:

- виробництво лікарських засобів
- оптова торгівля лікарськими засобами
- роздрібна торгівля лікарськими засобами

При провадженні діяльності з оптової торгівлі:

- маю намір займатись виключно експортом лікарських засобів
- маю ліцензію на провадження господарської діяльності з обігу наркотичних засобів,
психотропних речовин і прекурсорів
- є офіційним та/або ексклюзивним представником виробників лікарських засобів та/або
власником реєстраційних посвідчень лікарських засобів та маю намір здійснювати
реалізацією лікарських засобів тільки таких виробників
- маю намір забезпечувати лікарськими засобами власну мережу аптечних закладів, до
складу якої входять: аптека з правом виробництва (виготовлення) лікарських засобів та
аптечний заклад, який розташований в сільській місцевості, при цьому обсяг оптової
торгівлі буде становити менше 10% від щомісячного обсягу товарообігу в грошовому
виразі;
- маю намір здійснювати оптову торгівлю виключно лікарськими засобами у вигляді
субстанції

маю намір здійснювати оптову торгівлю виключно медичними газами

Місце провадження господарської діяльності:

Виробництво:

(структурний підрозділ та адреса місця провадження господарської діяльності)

Аптечний склад (база):

(номер, найменування (за наявності) аптечного складу та адреса місця провадження господарської діяльності)

загальною площею ___ кв.м, який має у своєму складі виробничі приміщення площею ___ кв.м.

Аптека:

(номер, найменування (за наявності) аптеки та адреса місця провадження господарської діяльності)

Аптечний пункт:

(номер, найменування (за наявності) аптечного пункту, номер та найменування (за наявності) аптеки, структурним підрозділом якої він є, адреса місця провадження господарської діяльності аптечного пункту із зазначенням лікувально-профілактичного закладу)

Аптечний кіоск:

(номер, найменування (за наявності) аптечного кіоску, номер та найменування (за наявності) аптеки, структурним підрозділом якої він є, адреса місця провадження господарської діяльності аптечного кіоску)

Прошу за місцем провадження господарської діяльності провести перевірку: наявності матеріально-технічної бази, кваліфікації персоналу
умов щодо контролю за якістю лікарських засобів, що вироблятимуться

З порядком отримання ліцензії ознайомлений. Ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами відповідаю і зобов'язуюсь їх виконувати.

Керівник заявника або
фізична особа –
підприємець

_____ (підпис)

_____ (ініціали, прізвище)

"__" _____ 20__ року
М.П.

_____ (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.