ПРИЛОЖЕНИЕ 5

к приказу Комитета

по здравоохранению

Ленинградской области

от 30 декабря 2020 года № 28

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется лицензирующим органом)

В Комитет по здравоохранению

Ленинградской области

заявление

о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года, предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(наименование лицензирующего органа)

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года, предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(наименование лицензирующего органа)

в связи с:

\_\_\_\_\*реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

\_\_\_\_\*реорганизацией юридического лица в форме слияния;

\_\_\_\_\*изменением наименования юридического лица;

\_\_\_\_\*изменением адреса места нахождения юридического лица;

\_\_\_\_\*изменением адреса места жительства индивидуального предпринимателя;

\_\_\_\_\*изменением имени, фамилии и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;

\_\_\_\_\*изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

\_\_\_\_\*изменением адреса места осуществления юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности

\_\_\_\_\*прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;

\_\_\_\_\*прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Сведения о заявителе | | Сведения  о лицензиате/  лицензиатах | | Новые сведения  о лицензиате  или его правопреемнике |
| 1 | Организационно-правовая форма/вид предпринимательства | |  | |  |
| Полное наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя | |  | |  |
| 2 | Сокращенное наименование *(в случае если имеется)* | |  | |  |
| 3 | Фирменное наименование *(в случае если имеется)* | |  | |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя | |  | |  |
| 5 | Государственный регистрационный номер (основной) записи о создании юридического лица/ государственный регистрационный номер (основной) записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя | |  | |  |
| 6 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений:  - о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц;  - об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей  *(п. 6 заполняется в случае реорганизацией юридического лица)* | | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия\_\_\_\_№\_\_\_\_  Государственный регистрационный номер записи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата внесения записи в ЕГРЮЛ/ЕГРИП  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия\_\_\_\_№\_\_\_\_  Государственный регистрационный номер записи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата внесения записи в ЕГРЮЛ/ЕГРИП  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7 | Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в сведения о юридическом лице  в Единый государственный реестр юридических лиц/  данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в сведения  об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей. | | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Государственный регистрационный номер записи  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата внесения записи в ЕГРЮЛ/ЕГРИП  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 8 | Идентификационный номер налогоплательщика | |  |  | |
| 9 | Данные документа  о постановке лицензиата (юридического лица) на учет в налоговом органе  *(п. 9 заполняется в случае реорганизацией юридического лица)* | | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия\_\_\_\_№\_\_\_\_  Государственный регистрационный номер записи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата внесения записи в ЕГРЮЛ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия\_\_\_\_№\_\_\_\_  Государственный регистрационный номер записи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата внесения записи в ЕГРЮЛ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 10 | Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности | | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, принявшего решение)  Реквизиты документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 11 | Для заполнения лицензиатом, **являющимся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера**, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=9FBA38602F31DB5FC8E478DD00E23F63C80057E27A2CFAE46DAADED1BF8934A4A59F1AD7D55668BD9B0C02989DF2F93C80A8D4A3p8U1I) "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" | | | | |
| 11.1 | наименование иностранного юридического лица |  | |  | |
| 11.2 | наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=638BD543E129DD78BEE920299F75CDA289041EE357E3D05F560C6B019D56E2D0D992328B67A189C49C658C8E34MCT5I) от 9 июля 1999 года № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" |  | |  | |
| 11.3 | номер записи аккредитации |  | |  | |
| 11.4 | дата аккредитации |  | |  | |
| 11.5 | идентификационный номер налогоплательщика и |  | |  | |
| код причины постановки на учет |  | |  | |
| 12 | Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности.  Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения\*  *(п. 12 заполняется при изменении адреса места осуществления юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности)* | Аптечные организации:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (вид аптечной организации,  адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указание почтового индекса)  Виды выполняемых работ, оказываемых услуг:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Аптечные организации:  \_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптечный пункт  \_\_\_\_\*Аптечный киоск  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указанием почтового индекса)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. | |
|  |  | Структурные подразделения медицинских организаций:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (вид структурного подразделения медицинской организации,  адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указание почтового индекса)  Виды выполняемых работ, оказываемых услуг:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Структурные подразделения медицинских организаций:  \_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптечный пункт  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указанием почтового индекса)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. | |
|  |  | Обособленные подразделения медицинских организаций:  \_\_\_\_\*Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики  \_\_\_\_\*Амбулатория  \_\_\_\_\*Фельдшерский пункт  \_\_\_\_\*Фельдшерско-акушерский пункт  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указание почтового индекса)  Виды выполняемых работ, оказываемых услуг:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Обособленные подразделения медицинских организаций:  \_\_\_\_\*Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики  \_\_\_\_\*Амбулатория  \_\_\_\_\*Фельдшерский пункт  \_\_\_\_\*Фельдшерско-акушерский пункт  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указание почтового индекса)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения. | |
|  |  | Индивидуальный предприниматель  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указание почтового индекса)  Виды выполняемых работ, оказываемых услуг:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Индивидуальный предприниматель  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указание почтового индекса)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения | |
| 13 | При прекращении деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии | | | | |
| 13.1 | Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, по которому лицензиат прекращает деятельность (*с указание почтового индекса*) | Аптечные организации (в том числе структурные подразделения медицинских организаций):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указание почтового индекса) | | | |
|  |  | Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указание почтового индекса) | | | |
|  |  | Индивидуальный предприниматель  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указание почтового индекса) | | | |
| 13.2 | Дата фактического прекращения деятельности  по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии |  | | | |
| 14 | При прекращении деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, указанных в лицензии | | | | |
| 14.1 | Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения.  Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности (*с указание почтового индекса*) | Аптечные организации:  \_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптечный пункт  \_\_\_\_\*Аптечный киоск  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указанием почтового индекса)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. | | | |
| Структурные подразделения медицинских организаций:  \_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптечный пункт  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указанием почтового индекса)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. | | | |
| Обособленные подразделения медицинских организаций:  \_\_\_\_\*Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики  \_\_\_\_\*Амбулатория  \_\_\_\_\*Фельдшерский пункт  \_\_\_\_\*Фельдшерско-акушерский пункт  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указание почтового индекса)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения. | | | |
|  | Индивидуальный предприниматель  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указание почтового индекса)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения | | | |
| 14.2 | Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения указанных  в лицензии работ, услуг |  | | | |
| 15 | Контактный телефон |  | | | |
| Факс |  | | | |
| Адрес электронной почты  *(в случае если имеется)* |  | | | |
| 16 | Информация по вопросам лицензирования *(указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)* | Адрес электронной почты: | | | |
| 17 | Форма получения уведомления о переоформлении лицензии  *(нужное подчеркнуть)* | На бумажном носителе лично.  На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.  В форме электронного документа | | | |
| 18 | Получение выписки из реестра лицензий  *(нужное подчеркнуть)* | Не требуется.  Требуется:  - в электронном виде  - на бумажном носителе | | | |

\*Нужное указать

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации», уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

Представитель организации-заявителя/

индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (инициалы, фамилия)

"\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года Место печати

Приложение

к заявлению о переоформлении

лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(наименование лицензиата)

представитель лицензиата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, должность представителя лицензиата)

представил, а лицензирующий орган – Комитет по здравоохранению Ленинградской области принял "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование документа | Количество  листов |
| 1 | Заявление о переоформлении лицензии |  |
| 2 | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование |  |

Документы сдал Документы принял

лицензиат/представитель лицензиата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по доверенности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, подпись, инициалы, фамилия)

от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_года

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

(должность, подпись, инициалы, фамилия)