|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

к приказу Комитета

по здравоохранению

Ленинградской области

от 30 декабря 2020 года № 28

|  |  |
| --- | --- |
|  | В КОМИТЕТ ПО  ЗДРАВООХРАНЕНИЮ  ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (полное наименование заявителя) |

УВЕДОМЛЕНИЕ

о намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность

на территории Ленинградской области

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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;  Место жительства индивидуального  предпринимателя (с указанием почтового индекса) |  |
| 5 | Лицензируемый вид деятельности | фармацевтическая  деятельность |
| 6 | Адрес(а) мест(а) осуществления деятельности, на котором(ых) лицензиат намерен осуществлять лицензируемый вид деятельности  Перечень работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, по указанному адресу | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081) |
| 7 | Дата предполагаемого начала осуществления деятельности |  |
| 8 | Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении лицензируемого вида деятельности по адресу, не указанному в лицензии | Указаны в прилагаемом заявлении о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности |
| 9 | Контактный телефон |  |
| Факс |  |
| 10 | Адрес электронной почты (при наличии) |  |
| 11 | 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 |
| 12 | Получение выписки из реестра лицензий (нужное подчеркнуть) | Не требуется.  Требуется:  - в электронном виде  - на бумажном носителе |

\* Нужное указать.

Руководитель организации-заявителя, индивидуальный предприниматель:

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

(ФИО, подпись)

М.П. "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Приложение:

1. Заявление о переоформлении лицензии.