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

(заполняется лицензирующим органом)

|  |  |
| --- | --- |
|  | В Комитет по здравоохранению Ленинградской области |

ЗАЯВЛЕНИЕ
о представлении сведений из реестра лицензий.

Прошу предоставить сведения о конкретной лицензии в виде выписки из реестра лицензий в отношении:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Полное наименование юридического лицаФамилия, имя и (в случае если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 2. | Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального *(с указанием почтового индекса)* |  |
| 3. | Государственный регистрационный номер (основной) записи о создании юридического лица/государственный регистрационный номер (основной) записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  |
| 4. | Индивидуальный номер налогоплательщика |  |
| 5. | 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 "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" |
| 5.1 | наименование иностранного юридического лица |  |
| 5.2 | наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 9 июля 1999 года № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" |  |
| 5.3 | номер записи аккредитации |  |
| 5.4 | идентификационный номер налогоплательщика  |  |
| 6. | Номер и дата выдачи лицензии | Лицензия № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |
| 7. | Лицензируемый вид деятельности*(нужное подчеркнуть)* | \_\_\_\_фармацевтическая деятельность;\_\_\_\_деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений |

<\*> Нужное указать.

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

(Ф.И.О. уполномоченного представителя юридического лица/индивидуального предпринимателя)

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись/усиленная квалифицированная электронная подпись)

 М.П.

 (при наличии)