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 лица  Фамилия, 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](consultantplus://offline/ref=9FBA38602F31DB5FC8E478DD00E23F63C80057E27A2CFAE46DAADED1BF8934A4A59F1AD7D55668BD9B0C02989DF2F93C80A8D4A3p8U1I) "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](consultantplus://offline/ref=638BD543E129DD78BEE920299F75CDA289041EE357E3D05F560C6B019D56E2D0D992328B67A189C49C658C8E34MCT5I) 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)