Приложение № 2

к приказу Министерства здравоохранения Калининградской области

от 11 марта 2022 г. № 192

Министерство здравоохранения

Калининградской области

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность**

**в части заявленных адреса (адресов) места (мест) осуществления деятельности и/или части заявленных работ, услуг, в отношении которых в ходе выездной оценки подтверждено соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям**

К заявлению: регистрационный номер: от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование юридического лица/ФИО индивидуального предпринимателя:

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

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу предоставить лицензию на фармацевтическую деятельность в части заявленных адреса (адресов) места (мест) осуществления деятельности и/или части заявленных работ, услуг, в отношении которых в ходе выездной оценки подтверждено соответствие

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

(наименование юридического лица/ФИО индивидуального предпринимателя)

лицензионным требованиям.

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

(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица/индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица или индивидуального предпринимателя)

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

(подпись)