**Сведения о наличии у лицензиата работников, имеющих высшее или среднее фармацевтическое образование и сертификаты специалистов, которые намерены осуществлять фармацевтическую деятельность по адресу, не предусмотренному лицензией: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(за исключением медицинских организаций)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | ФИО | Должность | Сведения об образовании специалистов,  в т.ч. ИП | Сведения о профессиональной подготовке  (переподготовке) | Сведения о повышении квалификации | Сведения о наличии документа, подтверждающего смену фамилии  (если имеется) |
| данные диплома  (кем и когда выдан, серия, рег.№, специальность). | данные сертификата  (кем и когда выдан, серия, рег.№, специальность, действителен до) | данные свидетельства о повышении квалификации  (кем и когда выдан, серия, рег.№, название цикла последнего усовершенствования по заявляемому виду деятельности,  количество часов) | Свидетельство о браке (кем и когда выдано, серия, рег.№) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО руководителя организации - заявителя/

ФИО индивидуального предпринимателя (полностью)

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

МП (при наличии), подпись