**Сведения об осуществлении лицензиатом**

**фармацевтической деятельности на объекте по адресу,**

**ранее не предусмотренному лицензией:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Вид аптечной организации (обособленного объекта) | Адрес места осуществления фармацевтической деятельности  (с указанием почтового индекса) | Виды работ, осуществляемых на объекте |
| 1 |  |  |  |

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

ФИО руководителя организации - заявителя/

ФИО индивидуального предпринимателя (полностью)

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

МП (при наличии), подпись