|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
 КУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

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

(заполняется лицензирующим органом)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление деятельности**

**по обороту наркотических средств и психотропных веществ**

в связи с:

\_\_\_\_\_\_\_\_ \* изменением адреса места нахождения юридического лица;

\_\_\_\_\_\_\_\_ \* изменением адреса места осуществления деятельности, связанного с переименованием географического объекта, улицы, площади или иной территории, изменениям нумерации, почтового индекса.

<\*> нужное отметить

Лицензия регистрационный N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_, предоставлена\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование лицензирующего органа)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате, указанные в ранее предоставленной выписке из реестра лицензий | Сведения о лицензиате, подлежащие к внесению изменений в выписку из  реестра лицензий |
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица |  |  |
| 2. | Место нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса) |  |  |
| 3. | Вид обособленного объекта  (указывается вид обособленного объекта в соответствии с лицензией) | Адрес места осуществления деятельности  (с указанием почтового индекса) | Адрес места осуществления деятельности  (с указанием почтового индекса) |
| 3.1 |  |  |  |
| 4. | Контактный телефон |  |  |
| 5. | Адрес электронной почты |  |  |

Выписка из реестра лицензий требуется/не требуется (подчеркнуть нужное).

Прошу предоставить выписку из реестра лицензий в форме:

электронного документа/на бумажном носителе (подчеркнуть нужное).

Прошу направить уведомление о внесении изменений в реестр лицензии в форме:

электронного документа/на бумажном носителе (подчеркнуть нужное).

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

ФИО руководителя организации - заявителя/

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

МП (при наличии), подпись