**Сведения о наличии у лицензиата работников, имеющих дополнительное профессиональное образование в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций, которые намерены осуществлять фармацевтическую деятельность на объекте по адресу,**

**ранее не предусмотренному лицензией: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(**только для медицинских организаций)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | ФИО | Должность | Сведения об образовании специалистов, | Сведения о профессиональной подготовке  (переподготовке) | Сведения о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения | 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  (кем и когда выдано, серия, рег.№, название цикла, количество часов) | Свидетельство о браке (кем и когда выдано, серия, рег.№) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |

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

ФИО руководителя организации - заявителя/

ФИО индивидуального предпринимателя (полностью)

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

МП (при наличии), подпись