**В КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**КУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

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

(заполняется лицензирующим органом)

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

**о намерении осуществлять фармацевтическую деятельность на**

**территории Курской области**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Информация о заявителе | Сведения о лицензиате | |
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/  Фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  | |
| 2. | Сокращенное наименование\*  (если имеется) |  | |
| 3. | Фирменное наименование\*  (если имеется) |  | |
| 4. | Место нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса);  Место жительства индивидуального предпринимателя (согласно прописки, с указанием почтового индекса) |  | |
| 5. | Почтовый адрес лицензиата  (с указанием почтового индекса) |  | |
| 6. | **Вид обособленного объекта** | Адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности, который намерен осуществлять лицензиат  (с указанием почтового индекса) | Виды работ, осуществляемых на объекте |
| 6.1. |  |  |  |
| 7. | Дата предполагаемого начала осуществления лицензируемого вида деятельности на территории Курской области |  | |
| 8. | Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям | Согласно приложению на \_\_\_\_\_ листах к заявлению о переоформлении лицензии | |
| 9. | Контактный телефон, факс |  | |
| 10. | Адрес электронной почты |  | |

Уведомляет о намерении осуществлять фармацевтическую деятельность на территории Курской области.

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

ФИО руководителя организации - заявителя/

ФИО индивидуального предпринимателя (полностью)

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

МП (при наличии), подпись