**Сведения о наличии у лицензиата соответствующего установленным требованиям**

**оборудования при осуществлении фармацевтической деятельности на объекте**

**по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(за исключением медицинских организаций)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Вид документа: | № документа | Дата | Наименование  оборудования | Количество |
| 1 | Выписка из оборотной (балансовой) ведомости |  |  |  |  |
| 2 | Товарная накладная |  |  |  |  |
| 3 | Счет-фактура |  |  |  |  |
| 4 | Товарный чек |  |  |  |  |
| 5 | Кассовый чек |  |  |  |  |
| 6 | Иное |  |  |  |  |

Выбрать нужное

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

ФИО руководителя организации - заявителя/

ФИО индивидуального предпринимателя (полностью)

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

МП (при наличии), подпись