от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ в комитет здравоохранения

Курской области

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении выписки из реестра лицензий**

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

*(полное наименование юридического лица)*

*(государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица)*

*( идентификационный номер налогоплательщика)*

просит предоставить выписку из реестра лицензий на осуществление фармацевтической деятельности на бумажном носителе/в форме электронного документа (нужное подчеркнуть).

|  |
| --- |
|  |

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

ФИО руководителя организации - заявителя/

ФИО индивидуального предпринимателя (полностью)

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

МП (при наличии), подпись