

В ФЕДЕРАЛЬНУЮ
СЛУЖБУ ПО ВЕТЕРИНАРНОМУ
И ФИТОСАНИТАРНОМУ НАДЗОРУ

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности
в сфере обращения лекарственных средств для ветеринарного применения

Сведения о заявителе		
1	Полное наименование юридического лица / Фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя (ИП)	
2	Сокращенное наименование *	
3	Фирменное наименование *	
4	Организационно-правовая форма	
5	Данные документа, удостоверяющего личность ИП	
6	Адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства ИП	
7	Адреса мест осуществления деятельности	
8	Телефон/факс, адрес электронной почты	
9	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица / ИП (ОГРН)	
10	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ (об индивидуальном предпринимателе в ЕГРИП) с указанием адреса места нахождения регистрирующего государственного органа	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес: _____
11	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
12	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
13	Виды услуг и работ (нужное отметить): <input type="checkbox"/> оптовая торговля лекарственными средствами для ветеринарного применения; <input type="checkbox"/> хранение лекарственных средств для ветеринарного применения; <input type="checkbox"/> хранение лекарственных препаратов для ветеринарного применения; <input type="checkbox"/> перевозка лекарственных средств для ветеринарного применения; <input type="checkbox"/> перевозка лекарственных препаратов для ветеринарного применения; <input type="checkbox"/> розничная торговля лекарственными препаратами для ветеринарного применения; <input type="checkbox"/> отпуск лекарственных препаратов для ветеринарного применения; <input type="checkbox"/> изготовление лекарственных препаратов для ветеринарного применения.	
14	Предоставление в электронной форме информации по вопросам лицензирования	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет (нужное отметить)

* Заполнять в случае, если имеется

в лице _____
(фамилия, имя, отчество, должность руководителя)

действующего на основании _____ просит предоставить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности согласно прилагаемым документам, указанным в Приложении к заявлению о предоставлении лицензии.

Достоверность представленных документов подтверждаю. Обязуюсь в случае преобразования, изменения наименования или адреса (адресов) места осуществления лицензируемого вида деятельности не позднее чем через 15 дней подать заявление

о переоформлении лицензии с приложением соответствующих документов, подтверждающих указанные изменения.

Руководитель юридического лица
(Индивидуальный предприниматель)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

“ ____ ” _____ 20 ____ г.

М.П.