Приложение N 3

к Административному регламенту

Федеральной службы по надзору

в сфере здравоохранения

по предоставлению государственной

услуги по лицензированию фармацевтической

деятельности, осуществляемой организациями

оптовой торговли лекарственными средствами

для медицинского применения и аптечными

организациями, подведомственными

федеральным органам исполнительной власти,

утвержденному приказом Федеральной службы

по надзору в сфере здравоохранения

от 23.11.2020 N 10935

Форма

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер: |  |  |  | от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | (заполняется лицензирующим органом) |  |  |
|  |  |  | В Федеральную службупо надзору в сфере здравоохранения/территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения |

|  |
| --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕо прекращении фармацевтической деятельности |

Сообщаю о намерении прекратить фармацевтическую деятельность,

осуществляемую на основании лицензии N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (регистрационный (дата выдачи)

 номер)

предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование лицензирующего органа)

с "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Требуемые сведения | Сведения, представленные заявителем |
| 1 | 2 | 3 |
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица |  |
| 2. | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 3. | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса) |  |
| 5. | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, по которым будет прекращена фармацевтическая деятельность (адреса территориально обособленных подразделений и объектов), телефоны | 1.2. |
| 6. | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) |  |
| 7. | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц | Выдан | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган, выдавший документ; адрес места нахождения органа) |
| Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8. | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе |  |
| 9. | Дата фактического прекращения фармацевтической деятельности |  |
| 10. | Контактный телефон, факс |  |
| 11. | Адрес электронной почты |  |
| 12. | Форма получения юридическим лицом уведомления о решении лицензирующего органа | [<\*>](#P1535) На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.[<\*>](#P1535) В форме электронного документа. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |  | Руководитель юридического лица |  |  |
|  |  |  |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись) |

--------------------------------

<\*> Нужное указать