|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Регистрационный номер:** |  | **от** |  |

(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения

Чеченской Республики

(сектор лицензирования)

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о предоставлении сведений из реестра лицензий**

Прошу предоставить выписку из реестра лицензий на фармацевтическую деятельность

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Требуемые сведения** | **Сведения, представленные заявителем** | |
| **1** | **2** | **3** | |
| **1.** | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  | |
| **2.** | Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя |  | |
| **3.** | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе |  |  |
|  |  |
| **4.** | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН)  Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРИП)  Данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  | |
| **5.** | Контактный телефон, адрес электронной почты |  | |
| **6.** | Форма получения юридическим лицом/ индивидуальным предпринимателем уведомлений о решении лицензирующего органа | \*На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.  \*В форме электронного документа. | |

Прошу предоставить сведения о конкретной лицензии в виде выписки из реестра лицензий в отношении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № \_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г., предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование лицензиата)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 |  | г. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись)

\*Нужное указать