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

(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения

Чеченской Республики

(сектор лицензирования)

**заявление**

**о прекращении фармацевтической деятельности**

Сообщаю о намерении прекратить фармацевтическую деятельность, осуществляемую на основании лицензии № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , предоставленной

(регистрационный номер) (дата выдачи)

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

(наименование лицензирующего органа)

с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ 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.** | Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  | |
| **3.** | Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется) |  | |
| **4.** | Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя |  | |
| **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/государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  | |
| **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **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/ индивидуальным предпринимателем уведомлений о решении лицензирующего органа | \*На бумажном носителе, направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.  \*В форме электронного документа. | |

|  |
| --- |
|  |

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

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

\*Нужное указать