

Додаток 1  
до Ліцензійних умов провадження  
господарської діяльності з виробництва  
лікарських засобів, оптової, роздрібної  
торгівлі лікарськими засобами

(найменування органу ліцензування)

**ЗАЯВА**  
**на видачу ліцензії**

Заявник

(найменування, місцезнаходження юридичної особи)

(прізвище, ім'я, по батькові керівника юридичної особи)

(прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи - підприємця)

(серія, номер паспорта, дата видачі,

орган, що видав паспорт, місце проживання)

Номер телефону:

Організаційно-правова форма:

Код за ЄДРПОУ (для юридичної особи):

Реєстраційний номер облікової картки платника податків  
(для фізичної особи - підприємця)\*:

Поточний рахунок в національній валюті, номер В

Поточний рахунок в іноземній валюті, номер В

Прошу видати ліцензію на провадження такого виду діяльності:

виробництво лікарських засобів

оптова торгівля лікарськими засобами

роздрібна торгівля лікарськими засобами

При провадженні діяльності з оптової торгівлі:

маю намір займатись виключно експортом лікарських засобів

маю ліцензію на провадження господарської діяльності з обігу наркотичних засобів,  
психотропних речовин і прекурсорів

є офіційним та/або ексклюзивним представником виробників лікарських засобів та/або  
власником реєстраційних посвідчень лікарських засобів та маю намір здійснювати  
реалізацією лікарських засобів тільки таких виробників

маю намір забезпечувати лікарськими засобами власну мережу аптечних закладів, до  
складу якої входять: аптека з правом виробництва (виготовлення) лікарських засобів та  
аптечний заклад, який розташований в сільській місцевості, при цьому обсяг оптової  
торгівлі буде становити менше 10% від щомісячного обсягу товарообігу в грошовому  
виразі;

маю намір здійснювати оптову торгівлю виключно лікарськими засобами у вигляді  
АФІ

маю намір здійснювати оптову торгівлю виключно медичними газами

Місце провадження господарської діяльності:

Виробництво:

\_\_\_\_\_ (структурний підрозділ та адреса місця провадження господарської діяльності)

Аптечний склад (база):

\_\_\_\_\_ (номер, найменування (за наявності) аптечного складу та адреса місця провадження господарської діяльності)  
загальною площею \_\_\_\_ кв.м, який має у своєму складі виробничі приміщення площею \_\_\_\_ кв.м.

Аптека:

\_\_\_\_\_ (номер, найменування (за наявності) аптеки та адреса місця провадження господарської діяльності)

Аптечний пункт:

\_\_\_\_\_ (номер, найменування (за наявності) аптечного пункту, номер та найменування (за наявності) аптеки, структурним підрозділом якої він є, адреса місця провадження господарської діяльності аптечного пункту із зазначенням лікувально-профілактичного закладу)

Прошу за місцем провадження господарської діяльності провести перевірку: наявності матеріально-технічної бази, кваліфікації персоналу   
умов щодо контролю за якістю лікарських засобів, що вироблятимуться

З порядком отримання ліцензії ознайомлений. Ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами відповідаю і зобов'язуюсь їх виконувати.

Керівник заявника або  
фізична особа -  
підприємець

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (ініціали, прізвище)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року  
М.П.

\_\_\_\_\_ (посада особи, яка прийняла заяву)

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (ініціали, прізвище)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

\* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний орган державної податкової служби і мають відмітку у паспорті, - серія та номер паспорта.

**{Додаток 1 в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 515 від 11.07.2012 із змінами, внесеними згідно з наказами Міністерства охорони здоров'я № 427 від 24.05.2013, № 990 від 22.12.2014}**