

В ФЕДЕРАЛЬНУЮ
СЛУЖБУ ПО ВЕТЕРИНАРНОМУ
И ФИТОСАНИТАРНОМУ НАДЗОРУ

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

Лицензия № _____, выдана _____
(наименование лицензирующего органа)

на срок с _____ по _____ в связи с:

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
 изменением наименования юридического лица или имени индивидуального предпринимателя (ИП);
 изменением адреса места нахождения юридического лица или места жительства ИП;
 изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности юридическим лицом или ИП;
 изменением перечня выполняемых работ и оказываемых услуг;
 изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность ИП.

(нужное указать)

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**	Новые адреса мест осуществления деятельности	
	Адреса мест, по которым прекращена деятельность и дата прекращения деятельности	
	Новые 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.	
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 ИП 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	Предоставление в электронной форме информации по вопросам лицензирования	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет (нужное отметить)
----	--	-----------------------------	---

* Заполнять в случае, если имеется

** Заполнять при наличии соответствующей причины

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

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

Реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление документа, подтверждающего наличие лицензии:

платежное поручение № _____ от _____

Руководитель юридического лица
(Индивидуальный предприниматель) _____
(подпись) _____ (Ф.И.О.)

“ _____ ” _____ 20 _____ г. М.П.