

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ – АЛАНИЯ**

П Р И К А З

от «31» 05 2022 г.

№ 2530/9

г. Владикавказ

Об утверждении форм документов, применяемых в процессе лицензирования фармацевтической деятельности

1. В соответствии с требованиями Положения о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденного постановлением Правительства РФ от 22.12.2011 года №1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», постановления Правительства РФ от 09.03.2022 года №328 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ»

п р и к а з ы в а ю:

1.1 Утвердить формы документов, применяемых в процессе лицензирования фармацевтической деятельности:

- приложение №1 к приказу - заявление о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности;
- приложение №1 к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности - опись документов к заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности;
- приложение №2 к приказу - заявление о прекращении фармацевтической деятельности;
- таблица №1 - сведения о материально-техническом оснащении;
- таблица №2 - сведения о профессиональной подготовке специалистов в соответствии с заявленными видами работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность;

2. Ответственность за исполнение настоящего приказа возложить на начальника отдела лицензирования Мамаеву А.Н.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой

Министр здравоохранения
Республики Северная Осетия-Алания



С.А. Тебиев

ФОРМА

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ**

ЗАЯВЛЕНИЕ

**о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление
фармацевтической деятельности**

Регистрационный № _____ лицензии на осуществление фармацевтической
деятельности от «__» _____ 20__ г.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

Регистрационный № _____ лицензии на осуществление фармацевтической
деятельности от «__» _____ 20__ г.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с (нужное указать):

- <__> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <__> реорганизацией юридического лица в форме слияния;
- <__> реорганизацией юридического лица путем присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;
- <__> изменение наименования лицензиата, изменение наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата, изменение наименования филиала иностранного юридического лица;
- <__> изменением адреса места нахождения лицензиата, изменение адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата, изменение адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица;
- <__> изменением адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- <__> изменением имени, фамилии и отчества (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- <__> изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- <__> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;
- <__> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность;

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/ лицензиатах	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике (заполняется при переоформлении лицензии на основании причин, указанных в I части)
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица / Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
1.1	Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в установленном порядке (для участников Международного медицинского кластера)		
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 (с указанием почтового индекса)		
5.	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН)/ Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН)		
5.1	Номер записи аккредитации филиала иностранного юридического лица, дата аккредитации (для участника Международного медицинского кластера)		
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице (индивидуальном предпринимателе) в Единый	<hr/> (наименование документа) <hr/> (дата государственной регистрации)	<hr/> (наименование документа) <hr/> (дата государственной регистрации)

	государственный реестр юридических лиц (индивидуальных предпринимателей)		
7.	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)		
7.1	Код причины постановки на учет филиала иностранного юридического лица (для участника Международного медицинского кластера)		
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	_____ (наименование документа) _____ (дата постановки на учет)	_____ (наименование документа) _____ (дата постановки на учет)
9.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места нахождения лицензиата (заполняется при переоформлении лицензии на основании причин, указанных в I части)	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
10	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц, связанных с реорганизацией юридического лица в форме преобразования, слияния, присоединения лицензиата к другому юридическому лицу; (заполняется при внесении изменений в реестр лицензий на основании причин, указанных в I части)	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
11.	Адрес (адреса) мест осуществления фармацевтической деятельности с указанием вида обособленного объекта и видов осуществляемых работ и услуг (указывается во всех случаях)	Вид аптечной организации и (или) её обособленного объекта Адрес (с указанием видов работ): 1. _____ 2. _____ 3. _____ Виды работ: « » Хранение лекарственных средств для медицинского применения « » Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения « » Перевозка лекарственных	Вид аптечной организации и (или) её обособленного объекта Адрес (с указанием видов работ): 1. _____ 2. _____ 3. _____ Виды работ: « » Хранение лекарственных средств для медицинского применения « » Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения « » Перевозка лекарственных

		<p>средств для медицинского применения</p> <p>« » Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>« » Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>« » Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>« » Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p>	<p>средств для медицинского применения</p> <p>« » Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>« » Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>« » Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>« » Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
12.	<p><_> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления фармацевтической деятельности, указанным в лицензии</p> <p><_> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность</p>		
12.1	<p>Адрес (адреса), по которым фармацевтическая деятельность прекращена, с указанием даты, с которой она прекращена фактически.</p>	<p>Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности</p>	
12.2	<p>Выполняемые работы (услуги), которые лицензиат прекращает при осуществлении фармацевтической деятельности по адресу, указанному в лицензии</p>	<p>Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности</p> <p>Вид аптечной организации:</p> <p>« » Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>« » Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>« » Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>« » Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>« » Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>« » Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>« » Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p>	
II.			
13.	<p><*> изменением адресов мест осуществления фармацевтической деятельности</p>		
13.1.	<p>Сведения о новых адресах мест осуществления фармацевтической деятельности</p>	<p>Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности</p> <p>Вид аптечной организации:</p> <p>« » Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>« » Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>« » Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>« » Перевозка лекарственных препаратов для</p>	

		<p>медицинского применения</p> <p>« » Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>« » Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>« » Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
13.2.	<p>Реквизиты документов, подтверждающих наличие у лицензиата, осуществляющего фармацевтическую деятельность, принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним</p>	<p>_____</p> <p>(наименование органа (организации), выдавшей документ)</p> <hr/> <p>_____</p> <p>(вид права)</p> <hr/> <p>_____</p> <p>(кадастровый (условный) номер объекта права)</p> <hr/> <p>_____</p> <p>(номер государственной регистрации права)</p> <hr/> <p>_____</p> <p>(дата государственной регистрации права)</p>
13.3.	<p>Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов, свидетельство об аккредитации специалиста - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному новому адресу (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций).</p>	<p>Сведения __</p> <p>Оформляется в виде таблицы № 2 «Списочный состав специалистов»</p> <p>(форма представления сведений по предложенной таблице носит рекомендательный характер)</p>
13.4.	<p>Сведения о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций по указанному новому адресу (в 2022г. без приложения документов (сведений), которые свидетельствуют о соответствии лицензиата лицензионным требованиям, предъявляемым для осуществления фармацевтической деятельности. Введено Постановлением Правительства РФ от 14.12.2021 N 2284</p>	<p>Сведения __</p> <p>Оформляется в виде таблицы № 2 «Списочный состав специалистов»</p> <p>(форма представления сведений по предложенной таблице носит рекомендательный характер)</p>

	(ред. 29.12.2021)).	
13.5.	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций).	<hr/> (наименование органа (организации), выдавшей документ) <hr/> (регистрационный номер и дата документа)
14.	<*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии	
14.1.	Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на котором лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги)	Вид аптечной организации: <hr/> Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности « » Хранение лекарственных средств для медицинского применения « » Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения « » Перевозка лекарственных средств для медицинского применения « » Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения « » Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения « » Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения « » Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
14.2.	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов, удостоверения об аккредитации специалиста - для работников, намеренных выполнять (осуществлять) новые работы (услуги), за исключением обособленных подразделений медицинских организаций (за исключением перевозки лекарственных средств).	Сведения __ Оформляется в виде таблицы № 2 «Списочный состав специалистов» (форма представления сведений по предложенной таблице носит рекомендательный характер)
14.3.	Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям для выполнения заявленных работ	Сведения __ Оформляется в виде Таблицы №1 «Сведения о материально-техническом оснащении» (форма представления сведений по предложенной таблице носит рекомендательный характер)
15.	Наличия технической возможности использования при проведении выездной оценки средств дистанционного взаимодействия, средств фото- и видеофиксации, а также видео-конференц-связи с возможностью идентификации лицензиата через федеральную	Имеется / отсутствует (нужное подчеркнуть)

	государственную информационную систему "Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронном формате";	
16.	Контактный телефон, факс. Юридического лица/Индивидуального предпринимателя	
16.1	Адрес электронной почты	
17.	Форма получения уведомления (при необходимости устранения выявленных нарушений в тридцатидневный срок и (или) предоставление документов, которые отсутствуют)	« » на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении « » в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью
18.	Получение уведомления о внесении изменений в реестр лицензий	« » на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении « » в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью
19.	Получение уведомления об отказе внесения изменений в реестр лицензий	« » на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении « » в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью
20.	Получение выписки из реестра лицензий (по желанию лицензиата)	« » на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении « » в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью
21.	Получение информации по вопросам лицензирования (по желанию лицензиата)	« » на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении « » в электронной форме

« » Нужно указать.

в лице _____

(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____

(документ, подтверждающий полномочия)

просит **внести изменения** в реестр лицензий на осуществление **фармацевтической** деятельности.

Достоверность представленных документов согласно описи подтверждаю.

К заявлению о внесении изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности прилагается опись документов согласно приложению №1.

Руководитель юридического лица

(уполномоченный представитель) _____

(подпись)

индивидуальный предприниматель

(уполномоченный представитель), _____

(подпись)

Регистрационный номер: _____ от _____

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник) _____

(наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган - Министерство здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания нижеследующие документы для внесения изменений в реестр лицензий на осуществление фармацевтической деятельности:

I. в связи с (нужное указать):

- <__> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- <__> реорганизацией юридического лица в форме слияния;
- <__> реорганизацией юридического лица путем присоединения лицензиата к другому юридическому лицу;
- <__> изменение наименования лицензиата, изменение наименования филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений о филиале лицензиата, изменение наименования филиала иностранного юридического лица;
- <__> изменением адреса места нахождения лицензиата, изменение адреса места нахождения филиала лицензиата в случае, если нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрено внесение в реестр лицензий сведений об адресе места нахождения филиала лицензиата, изменение адреса места нахождения на территории Российской Федерации филиала иностранного юридического лица;
- <__> изменением имени, фамилии и отчества (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- <__> изменением адреса места осуществления лицензируемого вида деятельности юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- <__> изменением места жительства индивидуального предпринимателя;
- <__> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации наименования лицензируемого вида деятельности, перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе конкретных видов деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом;
- <__> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность;
- <__> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления фармацевтической деятельности, указанным в лицензии.

II. в связи с (нужное указать):

- <__> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности
- <__> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии

N п/п	Наименование документа	Кол-во листов
----------	------------------------	------------------

1.	Заявление о внесении изменений в реестр лицензий <*>	
2.	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности <*> (с таблицей № 1***)	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих помещениях(за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций, расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации) «*»	
4.	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов, удостоверения об аккредитации специалиста - для работников, заключивших с лицензиатом трудовой договор и намеренных выполнять (осуществлять) новые работы (услуги), за исключением обособленных подразделений медицинских организаций «*» (с таблицей № 2***)	
5.	Сведения о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций по указанному новому адресу(в 2022г. без приложения документов (сведений), которые свидетельствуют о соответствии лицензиата лицензионным требованиям, предъявляемым для осуществления фармацевтической деятельности. Введено Постановлением Правительства РФ от 14.12.2021 N 2284 (ред. 29.12.2021)) «*» (с таблицей № 2***)	
6.	Доверенность на лицо, представляющее документы на внесение изменений в реестр лицензий «*»	
7.	Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе «**»	

«*» Документы, которые лицензиат должен представить в соответствии с действующим законодательством

«**» Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ “Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг”).

«***» форма представления сведений по предложенной таблице носит рекомендательный характер

Документы сдал Лицензиат/представитель лицензиата: _____ (Ф.И.О., должность, подпись) _____ (реквизиты доверенности) МП	Документы принял должностное лицо лицензирующего органа: _____ (Ф.И.О., должность, подпись) Дата _____ Входящий № _____ Количество листов _____ М.П.
---	--

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о прекращении фармацевтической деятельности**

Регистрационный № _____ лицензии от «__» _____ 20__ г.,

предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность	
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 (указать почтовый индекс)	
5.	Основной государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН); Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц; Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	

8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи: _____ _____ _____
9.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, перечень работ (услуг), по которым прекращается деятельность	
10.	Дата фактического прекращения лицензируемого вида деятельности	
11.	Контактный телефон, факс лицензиата, адрес электронной почты лицензиата (в случае, если имеется)	
12.	Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа	<*>На бумажном носителе лично <*>На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении « * » в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью

<*> Нужно указать

 (Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

« __ » _____ 20__ г.

М.П.

 (Подпись)

Сведения о материально-техническом оснащении
(перечень оборудования, мебели, аптечной организации, ИП)

Наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя

адрес осуществления деятельности

по состоянию на « ____ » _____ 201_ г.

№ п/п	Наименование оборудования, модель	Серийный номер	Страна-изготовитель	Кол-во	Год ввода в эксплуатацию	Право пользования	Примечание

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица / Ф.И.О. индивидуального
предпринимателя)

(подпись)

М. П.

Таблица №2
к заявлению о внесении изменений в реестр
лицензий на осуществление фармацевтической
деятельности

Списочный состав специалистов
(отдельно для каждого обособленного объекта)

(наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

По адресу места осуществления фармацевтической деятельности:

№ п/п	Ф.И.О.	Должность	Образование (наименование учебного заведения, год окончания, номер диплома, специальность)	Стаж работы (для руководителей; ИП)	Сертификат, свидетельство об аккредитации специалиста (номер, дата выдачи, специальность)	Документ о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения (номер, дата выдачи) (для медицинских организаций)
1.						

« ___ » _____ 20 ___ г.

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя
юридического лица / Ф.И.О. индивидуального
предпринимателя)

(подпись)

М. П.