Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется лицензирующим органом)

В Департамент здравоохранения

Штамп учреждения Тюменской области

**Заявление о прекращении фармацевтической деятельности**

(N лицензии, наименование лицензирующего органа, срок действия)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование сведений | Сведения о лицензиате |
| 1. | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица |  |
| 2. | Сокращенное наименование (в случае, если имеется) |  |
| 3. | Фирменное наименование (в случае, если имеется) |  |
| 4. | Адрес места нахождения юридического лица |  |
| 5. | Государственный регистрационный номер записи  о создании юридического лица/о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН) |  |
| 6. | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) |  |
| 7. | Дата фактического прекращения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ деятельности |  |
| 8. | Контактный телефон и официальный адрес электронной почты  лицензиата | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (контактный телефон)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес электронной почты) |
| 9. | Форма получения юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем уведомления | <\*> На бумажном носителе лично  <\*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  <\*> В форме электронного документа  <\*> В МФЦ |

<\*> Нужное указать

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(Ф. И. О., должность руководителя юридического лица или индивидуального предпринимателя, или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица (индивидуального предпринимателя)

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись)

М.П.