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

(заполняет лицензирующий орган)

**Опись документов**

Настоящим удостоверяется, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

в лице руководителя (представителя) соискателя лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

предоставил, а лицензирующий орган Департамент здравоохранения Тюменской области принял от соискателя лицензии от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г. за N \_\_\_\_\_\_ нижеследующие документы для предоставления лицензии на фармацевтическую деятельность

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Кол-во листов |
| 1 | Заявление о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность с указанием заявляемых работ (услуг) |  |
| 2 | Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов |  |
| 3 | Копии документов (выписки из документов), которые подтверждают наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, индивидуального предпринимателя |  |
| 4 | Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности оборудования и 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) |  |
| 5 | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Документы принял | Документы сдал соискатель лицензии |
| Должность сотрудника лицензирующего органа |  | Руководитель соискателя лицензии или индивидуальный предприниматель |   |
| Фамилия |  | Представитель соискателя лицензии по доверенности N \_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_ 202\_ г. |   |
| Имя |  | По почте:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |