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

(заполняет лицензирующий орган)

**Опись документов**

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

(наименование юридического лица)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ предоставил, а лицензирующий орган

Департамент здравоохранения Тюменской области принял от соискателя лицензии

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности (для обособленных подразделений медицинских организаций) |  |
| 3 | Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций) |  |
| 4 | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование |  |

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

М.П. лицензирующего органа М.П. заявителя