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

(заполняет лицензирующий орган)

**Опись документов**

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

(наименование юридического лица)

в лице руководителя (представителя) соискателя лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ представил, а лицензирующий орган

Департамент здравоохранения Тюменской области принял от соискателя лицензии "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_ г. за № \_\_\_\_\_\_\_ нижеследующие документы для предоставления лицензии на фармацевтическую деятельность.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Кол-во листов | Дополнительно представлено |
| 1 | Заявление о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельностьв случаях реорганизации юридического лица в форме преобразования, изменения его наименования, адреса места нахождения, а также в случаях изменения места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность |  |  |
| 2 | Доверенность на лицо, представляющее документы в лицензирующий орган |  |  |

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