**Додаток 2**
до пункту 3.2 Порядку проведення сертифікації підприємств,
які здійснюють оптову реалізацію (дистрибуцію) лікарських засобів

|  |
| --- |
| ***Додаток № \_\_\_\_\_\_\_ до заяви \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** (вказати назву Заявника, номер та/чи дату подання заяви)  |

### ВІДОМОСТІпро структурні підрозділи, заявлені до сертифікації(відповідно місця провадження діяльності з оптової торгівлі лікарськими засобами ліцензіата)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №з/п  | Назва структурного підрозділу  | Повна поштова адреса місця провадження діяльності, e-mail  | П. І. Б. керівника, його контактні телефони, факси тощо  | П. І. Б. Уповноваженої особи, її контактні телефони, факси тощо  |
|   |   |   |   |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(посада керівника юридичної особи або назва фізичної особи)  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис)  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім'я, по батькові)  |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 200\_ року  |   | М. П.  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Заступник голови** **Державної служби**  | **Ю.В. Підпружников**  |