

В Управление Федеральной службы  
по ветеринарному и фитосанитарному надзору  
по Калининградской области

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

о переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии на осуществлен  
фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств  
для ветеринарного применения

Лицензия № \_\_\_\_\_, выдана \_\_\_\_\_

(наименование лицензирующего органа)

на срок с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ в связи с:

- \_\_\_ реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
  - \_\_\_ изменением наименования юридического лица или имени индивидуального предпринимателя (ИП);
  - \_\_\_ изменением адреса места нахождения юридического лица или места жительства ИП;
  - изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности юридическим лицом или ИП;
  - \_\_\_ изменением перечня выполняемых работ и оказываемых услуг;
  - \_\_\_ изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность ИП.
- (нужное указать)

Сведения о заявителе		
1	Полное наименование юридического лица / Фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя (ИП)	
2	Сокращенное наименование *	
3	Фирменное наименование *	
4	Организационно-правовая форма	
5	Данные документа, удостоверяющего личность ИП	
6	Адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства ИП	
7**	Новые адреса мест осуществления деятельности	
	Адреса мест, по которым прекращена деятельность и дата прекращения деятельности	
	Новые виды услуг и работ и сведения, подтверждающие соответствие лицензионным требованиям	Оптовая торговля, розничная торговля, отпуск, хранение, перевозка лекарственных средств (нужное подчеркнуть)
8	Телефон/факс, адрес электронной почты	
9	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица / ИП (ОГРН)	
10	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	
11	Предоставление в электронной форме информации по вопросам лицензирования	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет (нужное отметить)

\* Заполнять в случае, если имеется

\*\* Заполнять при наличии соответствующей причины

в лице \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, должность руководителя)

действующего на основании \_\_\_\_\_

просит переоформить документ, подтверждающий наличие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, согласно прилагаемым документам, указанным в Приложении к заявлению о переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии.

Руководитель юридического лица  
(Индивидуальный предприниматель) \_\_\_\_\_

(подпись)

(Ф.И.О.)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

М.П.

Опись документов, представленных соискателем лицензии (лицензиатом),  
для переоформления документа, подтверждающего наличие лицензии  
на осуществление фармацевтической деятельности в сфере обращения  
лекарственных средств, предназначенных для животных

Настоящим удостоверяется, что \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)

представитель лицензиата \_\_\_\_\_  
(наименование лицензиата)

представил, а лицензирующий орган \_\_\_\_\_ принял  
(наименование лицензирующего органа)

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. за № \_\_\_\_\_

нижеследующие документы:

№ п/п	Наименование представленного документа	Кол-во листов	Доп. представлено
1	Заявление о предоставлении лицензии с приложением от _____ (наименование соискателя лицензии (лицензиата)) _____		
2			
3			
4			

Документы предоставлены \_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

М.П.

Документы приняты \_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)