Додаток 17
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України
від 22 вересня 2021 р. № 1002)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(найменування органу ліцензування)

**ЗАЯВА
про анулювання або часткове анулювання ліцензії/звуження провадження виду господарської діяльності з імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) за певним місцем провадження**

I. Загальна інформація

|  |
| --- |
| Ліцензіат (найменування юридичної особи\*) |
|  |
| Місцезнаходження юридичної особи |
|  |
| Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи |
| Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця |
|  |
| Організаційно-правова форма |
|  |
| Ідентифікаційний код юридичної особи згідно з ЄДРПОУ |
|  |
| Контактна інформація |
| Номер телефону |  | Номер факсу |  |
| E-mail |  |
| Документ, що засвідчує фізичну особу - підприємця |
| Серія паспорта |  | Номер паспорта |  |
| Дата видачі |  | Орган, що видав паспорт |  |
| Місце проживання (для фізичної особи - підприємця) |
|  |
| Реєстраційний номер облікової картки платника податків\*\* |
|  |
| Дата видачі і серія, номер (за наявності) ліцензії |
|  |

Прошу анулювати ліцензію/ частково анулювати ліцензію /звузити провадження виду господарської діяльності, на який отримано ліцензію за певним місцем провадження, а саме:

|  |
| --- |
| Адреса місця провадження діяльності |
|  |
| Повна ліквідація ліцензіатом певного місця провадження господарської діяльності*(зазначити в разі необхідності)* |
| Анулювання ліцензії з провадження господарської діяльності з імпорту лікарських засобів (крім АФІ) повністю*(зазначити в разі необхідності)* |

Також прошу внести зміни у додаток до ліцензії *(зазначається у разі необхідності внесення змін у додаток до ліцензії. Інформація не потребує внесення відомостей до Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань)*:

|  |
| --- |
| Тип продукції, що планується імпортувати *(зазначити необхідне)*: |
| імпорт зареєстрованих готових лікарських засобів |  |
| імпорт зареєстрованих лікарських засобів у формі “in bulk” (продукції “in bulk”) |  |
| Інша діяльність з імпорту лікарських засобів *(будь-яка інша діяльність, не зазначена вище)* |
| Інше *(зазначити за наявності)* |  |
| Умови щодо контролю якості лікарських засобів, які ввозитимуться на територію України, та інформація щодо уповноважених осіб (зазначається окремо для кожної уповноваженої особи) *(у разі необхідності внесення змін у додаток до ліцензії)* |
| Наявні умови щодо контролю якості лікарських засобів, які ввозитимуться на територію України |  |
| Посада |  |
| Прізвище |  |
| Власне ім’я |  |
| По батькові (за наявності) |  |
| Освіта |  |
| Стаж роботи за фахом |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| зміна переліку лікарських засобів (у тому числі звуження переліку) |  | додається змінений перелік лікарських засобів згідно з розділом II в кількості сторінок\*\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| доповнення переліку лікарських засобів |  | додається доповнення до переліку лікарських засобів згідно з розділом II в кількості сторінок\*\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

Додаткова інформація (в тому числі наявність додатків до заяви: досьє імпортера та інше): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Керівник заявника або фізична особа - підприємець | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище та ініціали (ініціал власного імені)) |
|

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(посада особи, яка прийняла заяву) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище та ініціали (ініціал власного імені)) |

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\* Згідно з даними Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань.

\*\* Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті.

\*\*\* Згідно з формою, наведеною у розділі II. У разі відсутності змін до переліку лікарських засобів, які плануються до ввезення, розділ II не заповнюється та не подається.

{Додаток 17 в редакції Постанови КМ № 1002 від 22.09.2021}