**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) |

### ВІДОМОСТІ про 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** |