|  |
| --- |
| ***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 поштоваадреса 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 особиабо назва фізичної особи) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім'я, по батькові) |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року  |  | М. П. |

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