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

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