

Додаток 1
до Ліцензійних умов
(в редакції постанови Кабінету Міністрів України
від 22 вересня 2021 р. № 1002)

**Державна служба України з лікарських
засобів та контролю за наркотиками**

(найменування органу ліцензування)

ЗАЯВА

**про отримання ліцензії на проведення/розширення господарської
діяльності з виробництва (виготовлення) лікарських засобів в умовах
аптеки, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами,
електронної роздрібною торгівлі лікарськими засобами**

Здобувач ліцензії/ліцензіат _____
(найменування, місцезнаходження юридичної особи)

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) керівника юридичної особи)

Петренко Петро Петрович

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця)

Паспорт 11111, орган видачі 9999 від 11 листопада 2024 р.

(серія, номер паспорта, дата видачі,

Україна, 02000, м. Київ, вул. Перемоги, буд. 14, корп. 1, кв. 175

орган, що видав паспорт, місце проживання)

Номер телефону **+38(066)5756575**, адреса електронної пошти **petro@gmail.com**

Організаційно-правова форма: **Фізична особа-підприємець**

Реєстраційний номер облікової картки платника податків (для фізичної особи - підприємця)* **2121212121**

Ідентифікаційний код згідно з ЄДРПОУ юридичної особи _____

Інформація про діючу ліцензію (за наявності)

(вид господарської діяльності, на яку було видано ліцензію,

дата видачі і серія, номер (за наявності) ліцензії)

Прошу видати ліцензію на проведення/розширення (необхідне підкреслити)
господарської діяльності з такого виду:

виробництва (виготовлення) лікарських засобів в умовах аптеки

оптової торгівлі лікарськими засобами

роздрібною торгівлі лікарськими засобами

електронної роздрібної торгівлі лікарськими засобами

за таким місцем (місцями) провадження господарської діяльності:

Місце провадження господарської діяльності**	Адреса місця провадження господарської діяльності (індекс, область, район, місто/село/селище, вулиця, будинок тощо)	Вид господарської діяльності
Аптека "ПЕТРЕНКО"	Україна, 02000, м. Київ, вул. Перемоги, буд. 15, корп. 2, кв. 123	роздрібна торгівля лікарськими засобами

Прошу за місцем (місцями) провадження господарської діяльності, зазначеними у цій заяві, провести перевірку (для виробництва (виготовлення) лікарських засобів в умовах аптеки, оптової торгівлі лікарськими засобами, роздрібної торгівлі лікарськими засобами):

наявності матеріально-технічної бази, кваліфікації персоналу

умов щодо здійснення контролю якості лікарських засобів, що вироблятимуться

Ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів) відповідаю і зобов'язуюся їх виконувати.

Даю згоду на обробку персональних даних з метою забезпечення виконання вимог Закону України "Про ліцензування видів господарської діяльності".

Фізична особа-підпріємець

(посада особи, яка подала заяву)

_____ (підпис)

Петро ПЕТРЕНКО

(прізвище та ініціали (ініціал власного імені))

04 лютого 2026 р.

Дата і номер реєстрації заяви _____ 20__ р. № _____

_____ (посада особи, яка прийняла заяву)

_____ (підпис)

_____ (прізвище та ініціали (ініціал власного імені))

_____ 20__ р.

* 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, - серія та номер паспорта.

** Зазначається:

для виробництва (виготовлення) лікарських засобів в умовах аптеки - аптека із зазначенням її номера, найменування (за наявності);

для оптової торгівлі лікарськими засобами - аптечний склад (база) із зазначенням його номера, найменування (за наявності), загальної площі та площі виробничих приміщень;

для роздрібної торгівлі лікарськими засобами, електронної роздрібної торгівлі лікарськими засобами - аптека із зазначенням її номера, найменування (за наявності); аптечний пункт із зазначенням його номера, найменування (за наявності), номера та найменування (за наявності) аптеки, структурним підрозділом якої він є, лікувально-профілактичного закладу, в якому він розташований.

{Додаток 1 в редакції Постанови КМ № 1002 від 22.09.2021; із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 15 від 10.01.2025}