Исх. № от Зарегистрировано за №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

(заполняется лицензирующим органом)

В министерство здравоохранения

Калужской области

Заявление

о предоставлении сведений о конкретной лицензии

на осуществление деятельности по обороту наркотических средств,

психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

Заявитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается полное наименование заявителя)

в лице руководителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(для юридического лица указать Ф.И.О. руководителя полностью)

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

(почтовый адрес заявителя с указанием индекса)

Контактные телефон(ы)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу предоставить сведения из реестра лицензий на осуществление деятельности о обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений в части внесенных в [список I](consultantplus://offline/ref=E465EB0898997166797848ADDA0B872CB6B7B67E4EBB6699CD426154C7B64BBA027151900B052F082DA2CC289B010B49EA59BD062CJ0r8N), [список II](consultantplus://offline/ref=E465EB0898997166797848ADDA0B872CB6B7B67E4EBB6699CD426154C7B64BBA027151900906255B74EDCD74DD55184BEA59BF07300BE150JBr6N), [список III](consultantplus://offline/ref=E465EB0898997166797848ADDA0B872CB6B7B67E4EBB6699CD426154C7B64BBA027151900906275D79EDCD74DD55184BEA59BF07300BE150JBr6N) (подчеркнуть нужные списки) перечня подлежащих контролю в Российской Федерации наркотических средств и психотропных веществ в форме: электронного документа / на бумажном носителе (направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении).

*(нужное указать)*

о ком запрашиваются сведения:

\* организационно-правовая форма, полное наименование лицензиата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*юридический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Идентификационный номер

налогоплательщика (ИНН) лицензиата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Государственный регистрационный номер записи

о создании юридического лица /государственной

регистрации индивидуального предпринимателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ОГРН)

\*адрес места осуществления деятельности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*лицензия № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_ 20 г.

\*кем предоставлена: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(орган, выдавший лицензию)

\* указываются известные заявителю сведения.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

|  |  |
| --- | --- |
| (дата) | (Ф.И.О., подпись или усиленная квалифицированная электронная подпись) |

М.П.