

Форма

**Уведомление  
о возобновлении действия лицензии на осуществление фармацевтической  
деятельности**

В соответствии с частями 6, 7, 7.3 статьи 20 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»<sup>11</sup>, и в связи с:

\*\* истечением срока исполнения вновь выданного Росздравнадзором (территориальным органом Росздравнадзора) предписания или подписания акта проверки, устанавливающего факт досрочного исполнения вновь выданного предписания;

\*\* вступившим в законную силу решением суда о досрочном прекращении исполнения административного наказания в виде административного приостановления деятельности лицензиата от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_;

\*\* истечением срока административного приостановления деятельности лицензиата,

\*\* подписанием акта контрольного (надзорного) мероприятия, в ходе проведения которого не были выявлены грубые нарушения лицензиатом лицензионных требований,

на основании приказа Росздравнадзора (территориального органа Росздравнадзора) от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_ возобновить с \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. действие лицензии на осуществление фармацевтической деятельности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, предоставленной \_\_\_\_\_

(наименование лицензирующего органа)

наименование юридического лица (фамилия, имя и (при наличии) отчество индивидуального предпринимателя): \_\_\_\_\_

адрес места нахождения юридического лица (адрес места жительства индивидуального предпринимателя): \_\_\_\_\_

данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_

ИНН: \_\_\_\_\_

ОГРН: \_\_\_\_\_

наименования работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность, или адреса мест осуществления фармацевтической деятельности (в отношении которых действие

\*\* Нужно указать

<sup>11</sup> Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 19, ст. 2716; 2022, № 1, ст. 59.

лицензии на осуществление фармацевтической деятельности возобновлено):

---

---

---

---

---

Заместитель руководителя Росздравнадзора/  
Руководитель территориального органа  
Росздравнадзора

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Исполнитель \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон)