Додаток 7
до Порядку проведення галузевої атестації лабораторій з контролю якості та безпеки лікарських засобів
(пункт 12 розділу II)

_____
(найменування державного органу)

Заява
про припинення дії свідоцтва про атестацію

Дата надходження: "___" _____ 20__ р. Зареєстровано за № _____

Назва суб'єкта господарювання*

_____

Назва лабораторії_____

_____

Юридична адреса

_____

Адреса місця провадження діяльності

_____

Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності), назва посади керівника суб'єкта господарювання_____

_____

телефон _____ факс _____адреса електронної пошти _____

Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності), уповноваженої / відповідальної особи з якості суб'єкта господарювання_____

_____

телефон _____факс _____ адреса електронної пошти _____

Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності), посада керівника лабораторії_____

_____

телефон _____ факс _____ адреса електронної пошти _____

Прізвище, власне ім’я, по батькові (за наявності), уповноваженої / відповідальної особи з якості лабораторії_____

_____

телефон _____факс _____адреса електронної пошти_____

Прошу припинити дію свідоцтва про атестацію

_____

(назва лабораторії)

на право проведення контролю якості та безпеки лікарських засобів, відповідно до галузі атестації: _____

_____

_____

До заяви додаються:

1) копія свідоцтва про атестацію, дію якого пропонується припинити;

2) інформація з обґрунтуванням щодо підстав для припинення дії свідоцтва про атестацію.

Достовірність інформації, наведеної в документах, підтверджую.

Рішення прошу направити (потрібне відмітити):

☐ на поштову адресу:

☐ кур’єром (за додаткову плату) на адресу:

☐ на адресу електронної пошти:

☐ бажаю отримати особисто.

Керівник суб'єкта господарювання * _____ _____

підпис власне ім'я та прізвище

Керівник лабораторії _____ _____

підпис власне ім'я та прізвище

Дата заповнення

"___"_____ 20__ р.

* Якщо лабораторія входить до складу суб'єкта господарювання

_____