

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
_____ 202_ року № _____

_____ (найменування органу державного нагляду (контролю)*, його місцезнаходження,

_____ номер телефону, адреса електронної пошти)

Вид перевірки:
планова/позапланова

АКТ № _____

про _____
(вид порушення відповідно до вимог вимог **пункту 2 частини другої статті 16, пунктів 6-10 частини дванадцятої статті 16** Закону України "Про ліцензування видів господарської діяльності")

"__" _____ 20__ року

_____ (назва населеного пункту)

Акт складено посадовими особами:

_____ (найменування посади, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

_____ (найменування посади, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

_____ (найменування посади, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

_____, (найменування посади, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

призначеними наказом _____
(найменування органу контролю*)

від "__" _____ 20__ року № _____

Перевірку проведено в присутності

_____ (найменування посади, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ підпис, № доручення)

Ліцензіат _____
(найменування юридичної особи або прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи – підприємця)

Код за ЄДРПОУ, або реєстраційний номер облікової картки платника податків, або серія (за наявності) та номер паспорта (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 має відмітку в паспорті громадянина України.) _____

Вид діяльності _____
(зазначається вид господарської діяльності, що ліцензується)

Місцезнаходження _____

* Українське фармацевтичне агентство або її територіальний орган.

Адреса провадження господарської діяльності _____

Прізвище, ім'я, по батькові керівника _____

Під час перевірки встановлено _____

Додатки до Акта (за наявності навести перелік)

№ з/п	Назва документа	Кількість аркушів

(найменування посади, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

(підпис)

(найменування посади, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

(підпис)

(найменування посади, Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

(підпис)

Акт складено на _____ аркушах у _____ примірниках.

З результатами перевірки ознайомлений(а), один примірник Акта отримав(ла)

(Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

(підпис)

**Начальник
Фармацевтичного управління**

Олександр ГРІЦЕНКО