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 **пунктів 2, 6-11 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 **та повідомила про це відповідному контролюючому органу і має відмітку в паспорті громадянина України.)**_____
_____

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

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

В.о. начальника
Фармацевтичного управління **Олександр ГРІЦЕНКО**