**ДО**

**ИЗПЪЛНИТЕЛНИЯ ДИРЕКТОР НА**

**ИАЛ**

**З А Я В Л Е Н И Е**

[ ]  ЗА ИЗДАВАНЕ НА УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА ТЪРГОВИЯ НА ЕДРО С ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ.

[ ]  ЗА ПРОМЯНА В ОБСТОЯТЕЛСТВАТА, СВЪРЗАНИ С ИЗДАДЕНО УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА ТЪРГОВИЯ НА ЕДРО С ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ.

***Посочва се номера на издаденото удостоверение и обстоятелствата подлежащи на промяна:***

.................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................

от:

*(име, презиме, фамилия)*

В качеството си на:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(точно наименование на юридическото лице)*

Регистрирано в държава: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Със седалище и адрес на управление съгласно регистрацията:

гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; пощ. код :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

За целта прилагам всички необходими документи:

[ ]  Копие от разрешението за търговия на едро с лекарствени продукти, издадено от регулаторен орган на държава членка, нотариално заверено в държавата членка, придружено с легализиран превод на български език;

[ ]  Име и точен адрес на лицето за контакти на територията на Република България;

[ ]  Точен адрес на помещенията за съхранение на лекарствените продукти на територията на държавите членки;

[ ]  Документ за платена такса в размер, определен в тарифата по чл. 21, ал. 2. от ЗЛПХМ

[ ]  Други:

- ......................................................................................................................................

Заявявам, че желая да получа индивидуалния административен акт, който да бъде издаден по заявлението ми, по следния начин *(моля посочете само един от изброените по-долу начини, като допишете необходимата информация на определените за това места)*:

* на място в Изпълнителна агенция по лекарствата, или
* чрез лицензиран пощенски оператор, или
* по електронен път на следния електронен адрес: .........................................., който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване, или
* на следния персонален профил, регистриран в информационната система за сигурно електронно връчване като модул на Единния портал за достъп до електронни административни услуги по смисъла на Закона за електронното управление: ..................................................................................................., или
* на следния мобилен или стационарен телефонен номер: .................................., който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване или в случай че изтеглянето не е технически възможно, позволява изпращане от получателя на обратно кратко текстово съобщение, потвърждаващо получаването на съобщението, или
* по факс на следния номер: .........................................................................................................................................

Дата ….. / ….. / ………… год. ПОДПИС:

Град ……………………... печат