**Заява**

# про участь у конкурсі з визначення аптечних установ, які здійснюватимуть пільгове забезпечення лікарськими засобами за рецептами лікарів громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, мешканців Сумської міської територіальної громади, окрім наркотичних, психотропних лікарських засобів і прекурсорів

|  |  |
| --- | --- |
| Повне найменування суб’єкта господарювання та скорочене (за наявності) |  |
| Код ЄДРПОУ (для юридичної особи),  Реєстраційний номер облікової картки платника податків (для фізичної особи – підприємця) |  |
| Місцезнаходження суб’єкта господарювання |  |
| Прізвище, ім’я, по батькові керівника суб’єкта господарювання |  |
| Контактні телефони та адреса електронної пошти керівника суб’єкта господарювання, адреса для листування |  |
| Прізвище, ім’я, по батькові уповноваженої особи суб’єкта господарювання (за необхідності, з обов’язковим надання документів, підтверджуючих її повноваження) |  |
| Контактні телефони та адреса електронної пошти уповноваженої особи суб’єкта господарювання, адреса для листування |  |
| Банківські реквізити суб’єкта господарювання |  |
| Копія ліцензії на право провадження господарської діяльності з виробництва (виготовлення) лікарських засобів в умовах аптеки, оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами та/або інформація про її наявність | Додається на \_\_\_ сторінках |
| Відомості про умови зберігання лікарських засобів та виробів медичного призначення (в довільній формі) | Додається на \_\_\_ сторінках |
| Відомості про мережу та функціонування аптечних установ на території Сумської міської територіальної громади (в довільній формі) | Додається на \_\_\_ сторінках |
| Відомості щодо дотримання постанов Кабінету Міністрів України від 17.10.2008 № 955 «Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби», від 25.03.2009 № 333 «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення» (в довільній формі). | Додається на \_\_\_ сторінках |
| *Для фізичної особи – підприємця:* Даю згоду на збір та обробку інформації про мої персональні дані, які необхідні для участі у конкурсі та оприлюдненні його результатів. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Прізвище, ім’я, по батькові  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Підпис |

Підтверджую достовірність інформації, що міститься у конкурсній пропозиції.

Конкурсна пропозиція прошнурована, пронумерована, містить опис документів та складається з \_\_\_\_\_ сторінок.

Прізвище, ім’я, по батькові

керівника суб’єкта господарювання

або уповноваженої особи суб’єкта

господарювання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Підпис керівника суб’єкта

господарювання або уповноваженої

особи суб’єкта господарювання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата)