Форма

|  |  |
| --- | --- |
|  | Председателю аттестационной  комиссии по аттестации  уполномоченных лиц  производителей лекарственных  средств Республики Беларусь  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (инициалы (инициал собственного имени), фамилия  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  заявителя, должность служащего  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  наименование предприятия |

ЗАЯВЛЕНИЕ

на прохождение аттестации уполномоченного лица производителя

лекарственных средств производителей лекарственных средств Республики

Беларусь

Прошу аттестовать\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(инициалы (инициал собственного имени), фамилия уполномоченного лица)

в качестве уполномоченного лица производителя лекарственных средств Республики Беларусь в соответствии с видом (видами) деятельности по промышленному производству лекарственных средств:

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Наименование вида деятельности в соответствии с перечнем работ, составляющих деятельность по производству лекарственных средств, указанного в лицензии |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

(подпись, инициалы (инициал собственного имени), фамилия заявителя)

Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.