 Президенту

Ассоциации «Фармацевтическое содружество» (АФС)

ИНН 2540975238

Назаренко Н.А.

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *наименование организации*

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Должность, ФИО*

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*полное наименование организации*

в состав членов Ассоциации « Фармацевтическое содружество».

Информация об организации:

|  |  |
| --- | --- |
| Телефон, e-mail |  |
| Юридический адрес |  |
| ИНН / КПП |  |
| ОГРН |  |
| Банковские реквизиты | |
| Наименование банка |  |
| Расчетный счет |  |
| Корр.счет |  |
| БИК |  |
| Количество структурных подразделений | |
| Аптек |  |
| Аптечных пунктов |  |
| Аптечных киосков |  |
| Оптовый склад |  |
| Администрация | |
| Руководитель 1 : должность, ФИО |  |
| Телефон\* | +7 \_\_\_ \_\_\_ \_\_ \_\_, включить в группу ***WhatsApp*** |
| Руководитель 2: должность, ФИО |  |
| телефон | +7 \_\_\_ \_\_\_ \_\_ \_\_, включить в группу ***WhatsApp*** |
| Телефон аптечной организации | 8 \_\_\_ \_\_\_ \_\_ \_\_ , 8 \_\_\_ \_\_\_ \_\_ \_\_ |

Приложение 1: Копия Лицензии аптечной организации с приложениями (*все листы*).

Приложение 2: Список сотрудников, имеющих фармацевтическое образование (*см. бланк ниже*).

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

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

*должность руководителя подпись ФИО*

М.П.

\**Для членов Ассоциации создана группа в приложении для смартфонов* ***WhatsApp****,*

*для добавления в группу укажите, контакты, привязанные к WhatsApp.*

Приложение 2

**СПИСОК**

сотрудников аптечной организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

имеющих высшее или среднее фармацевтическое образование

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО | Должность | Специальность по действующему сертификату/свидетельству об аккредитации **(УЭФ, ФТ, ФХ, Фармация)** | Дата выдачи действующего сертификата/свидетельства об аккредитации  **(год, месяц)** | Специальность и дата выдачи второго действ. сертификата **(год, месяц)** (при наличии) | Стаж работы по специальности **(лет)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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

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

*должность руководителя подпись ФИО*

М.П.