

ფარმაცევტული პროდუქციის საბითუმო და საცალო რეალიზაციის დაწყებისა და დასრულების შესახებ საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოსთვის შეტყობინების ფორმა

1. ინფორმაცია დაინტერესებული პირის შესახებ (შეავსეთ შესაბამისი ველი)

იურიდიული პირი \_\_\_\_\_  
(იურიდიული პირის სრული დასახელება, სამართლებრივი ფორმა, საიდენტიფიკაციო კოდი)

\_\_\_\_\_  
(ხელმძღვანელის სახელი, გვარი, პირადი ნომერი)

ფიზიკური პირი \_\_\_\_\_  
(სახელი გვარი, პირადი ნომერი)

2. დაინტერესებული პირის იურიდიული მისამართი \_\_\_\_\_

3. ფარმაცევტული პროდუქტის რეალიზაციის ადგილი \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(მისამართი, საკადასტრო კოდი)

4. დაინტერესებული პირის საკონტაქტო ინფორმაცია \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(მობილური ტელეფონი, ელექტრონული ფოსტა)

5. ფარმაცევტული პროდუქტის რეალიზაციის ტიპი (მონიშნეთ შესაბამისი უჯრა)

- საბითუმო რეალიზაცია
- აფთიაქი (სპეციალიზებული სავაჭრო ობიექტი)
- საცალო რეალიზაციის სავაჭრო ობიექტი
- ფარმაცევტული განათლების მქონე პერსონალი
- დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე სუბიექტი ფიზიკური პირი

6. შეტყობინების საფუძველი (მონიშნეთ შესაბამისი უჯრა):

- რეალიზაციის დაწყება
- რეალიზაციის დასრულება

7. შეტყობინების წარდგენის თარიღი „-----“ -----” 20

8. დაინტერესებული პირის ხელმოწერა \_\_\_\_\_

ბ.ა (ასეთის არსებობის შემთხვევაში)

ინფორმაცია ფარმაცევტულ საქმიანობაზე  
პასუხისმგებელი პირის შესახებ

ფარმაცევტულ საქმიანობაზე პასუხისმგებელი პირი \_\_\_\_\_

(სახელი, გვარი, პირადი ნომერი, ტელეფონი, ელექტრონული ფოსტა)

განათლება \_\_\_\_\_

(საგანმანათლებლო დაწესებულების დასახელება)

(მინიჭებული კვალიფიკაცია)

(დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე სუბიექტი ფიზიკური პირის სახელმწიფო  
სერტიფიკატის სერია და ნომერი ნებადართული სპეციალობის დაფიქსირებით)

დაინტერესებული პირის ხელმოწერა \_\_\_\_\_

ბ/ა (ასეთის არსებობის შემთხვევაში)