

ОБРАЗЕЦ

Приложение N 2
к Административному регламенту предоставления Министерством
здравоохранения Свердловской области государственной услуги "Рассмотрение
заявлений о включении, исключении из реестра фармацевтических
организаций, осуществляющих отпуск лекарственных средств бесплатно
и на льготных условиях"

В Министерство здравоохранения
Свердловской области

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу исключить *аптечный пункт ООО «Фиалка»*,

(полное наименование фармацевтической организации с указанием
организационно-правовой формы)

*адрес осуществления фармацевтической деятельности: г. Екатеринбург,
ул. Малышева, 7*

из Реестра (ов) аптечных организаций:

- *по федеральной программе обеспечения граждан, включенных в
(наименование программы (м) льготного отпуска в соответствии
Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной
с нормативными документами)
социальной помощи в виде набора социальных услуг, необходимыми
лекарственными препаратами в соответствии с Федеральным законом от
17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной
помощи»*

Руководитель: *Петрова Светлана Яковлевна*
(Ф.И.О. полностью)

Подпись *XXX* дата *20.10.2023*

М.П.