Опись документов для переоформления лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными

федеральным органам исполнительной власти)

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование лицензиата)

представил, а лицензирующий орган Департамент здравоохранения Орловской области

(наименование лицензирующего органа)

принял от лицензиата (правопреемника) нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными

федеральным органам исполнительной власти).

I. В связи (нужное указать):

<\*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

<\*> реорганизацией юридического лица в форме слияния;

<\*> изменением наименования юридического лица;

<\*> изменением адреса местонахождения лицензиата;

<\*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

<\*> изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности.

II. В связи (нужное указать):

<\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности;

<\*> изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии;

<\*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;

<\*> прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;

<\*> истечением срока действия лицензии, не содержащей перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование документов | Количество листов |
| 1. | Заявление о переоформлении лицензии <\*> |  |
| 2. | Оригинал действующей лицензии на бумажном носителе или лицензия в форме электронного документа, подписанного электронной подписью <\*> |  |
| 3. | Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним <\*> |  |
| 4. | Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности <\*> |  |
| 5. | Доверенность <\*> |  |
| 6. | Прочие документы, не входящие в обязательный перечень, представляемые по усмотрению заявителя (указать) <\*\*>:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

––––––––––––––––––––––––––––––––

<\*> Документы, которые лицензиат должен представить в обязательном порядке.

<\*\*> Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе.

|  |  |
| --- | --- |
| Документы сдал | Документы принял |
| лицензиат/представитель лицензиата: | должностное лицо лицензирующего органа: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Ф.И.О., должность, подпись) | (Ф.И.О., должность, подпись) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (реквизиты доверенности) | Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Входящий № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| М. П. | Количество листов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | М. П. |

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

(заполняется лицензирующим органом)

В Департамент здравоохранения

Орловской области

Заявление

о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

(за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти)\*

Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лицензии от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,

предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование лицензирующего органа)

I. В связи с (нужное указать):

<\*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

<\*> реорганизацией юридического лица в форме слияния;

<\*> изменением наименования юридического лица;

<\*> изменением адреса местонахождения лицензиата;

<\*> изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

<\*> изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности.

II. В связи с (нужное указать):

<\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности;

<\*> изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии;

<\*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;

<\*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности;

<\*> истечением срока действия лицензии, не содержащей перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Сведения о заявителе | | Сведения  о лицензиате/лицензиатах | | Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике |
| 1 | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица;  фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя | |  | |  |
| 2 | Сокращенное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя (в случае, если имеется);  данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя | |  | |  |
| 3 | Фирменное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя (в случае, если имеется) | |  | |  |
| 4 | Адрес местонахождения лицензиата (указать почтовый индекс) | |  | |  |
| 5 | Государственный регистрационный номер юридического лица;  государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя | |  | |  |
| 6 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц;  данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей.  Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса | | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7 | Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр юридических лиц (Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей) | | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 8 | Идентификационный номер налогоплательщика | |  | |  |
| 9 | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе | | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10 | Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (орган, принявший решение)  Реквизиты документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 11 | Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения.  Адрес(-а) места осуществления лицензируемого вида деятельности | |  | 2. Аптечные организации:  <\*> Аптека готовых лекарственных форм.  <\*> Аптека производственная.  <\*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.  <\*> Аптечный пункт.  <\*> Аптечный киоск.  3. Структурные подразделения медицинских организаций:  <\*> Аптека готовых лекарственных форм.  <\*> Аптека производственная.  <\*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.  <\*> Аптечный пункт.  4. Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:  <\*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики.  <\*> Амбулатория.  <\*> Фельдшерский пункт.  <\*> Фельдшерско-акушерский пункт.  5. Индивидуальные предприниматели.  Адрес(-а) места осуществления фармацевтической деятельности:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  <\*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  <\*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  <\*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  <\*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  <\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  <\*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  <\*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. | |
| 12 | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины | | КПП (для юридического лица)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  В размере\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 13 | Номер телефона (в случае, если имеется), адрес электронной почты (в случае, если имеется) | |  | | |
| 14 | Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости) | | Адрес электронной почты: | | |
| 15 | Форма получения переоформленной лицензии | | <\*> На бумажном носителе (лично).  <\*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.  <\*> В форме электронного документа | | |
| 16. | <\*> Изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности | | | | |
| 16.1 | Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности.  Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения | | 2. Аптечные организации:  <\*> Аптека готовых лекарственных форм.  <\*> Аптека производственная.  <\*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.  <\*> Аптечный пункт.  <\*> Аптечный киоск.  3. Структурные подразделения медицинских организаций:  <\*> Аптека готовых лекарственных форм.  <\*> Аптека производственная.  <\*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.  <\*> Аптечный пункт.  4. Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях в которых отсутствуют аптечные организации:  <\*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики.  <\*> Амбулатория.  <\*> Фельдшерский пункт.  <\*> Фельдшерско-акушерский пункт.  5. Индивидуальные предприниматели.  Адрес(-а) места осуществления фармацевтической деятельности:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  <\*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  <\*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  <\*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  <\*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  <\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  <\*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  <\*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. | | |
| 16.2. | Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним | | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование органа, выдавшего документ)  Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Значение площади (кв. м.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Полный адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Кадастровый номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 16.3 | Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом работ (услуг) | | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер санитарно-эпидемиологического заключения  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Номер бланка:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 16.4 | Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения по указанному новому адресу | | Согласно приложению 2 к заявлению о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти) | | |
| 16.5 | Сведения о наличии дополнительного профессионального образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций; | | Согласно приложению 3 к заявлению о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти) | | |
| 16.6 | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины | | КПП (для юридического лица)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  В размере\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 17 | <\*> Изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии; | | | | |
| 17.1 | Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения.  Адрес(-а) места осуществления лицензируемого вида деятельности | | 2. Аптечные организации:  <\*> Аптека готовых лекарственных форм.  <\*> Аптека производственная.  <\*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.  <\*> Аптечный пункт.  <\*> Аптечный киоск.  3. Структурные подразделения медицинских организаций:  <\*> Аптека готовых лекарственных форм.  <\*> Аптека производственная.  <\*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.  <\*> Аптечный пункт.  4. Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:  <\*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики.  <\*> Амбулатория.  <\*> Фельдшерский пункт.  <\*> Фельдшерско-акушерский пункт.  5. Индивидуальные предприниматели.  Адрес(а) места осуществления фармацевтической деятельности:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  <\*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  <\*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  <\*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  <\*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  <\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  <\*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  <\*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. | | |
| 17.2 | Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов – для работников, намеренных выполнять (осуществлять) новые работы (услуги) (в случае намерения осуществлять перевозку лекарственных средств для медицинского применения данные сведения не указываются) | | Согласно приложению 2 к заявлению о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти) | | |
| 17.3 | Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям  (в случае намерения осуществлять перевозку лекарственных средств для медицинского применения данные сведения не указываются) | | Согласно приложению 1 к заявлению о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти) | | |
| 17.4 | Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом работ (услуг) | | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер санитарно-эпидемиологического заключения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Номер бланка:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 17.5 | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины | | КПП (для юридического лица)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  В размере\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 18 | <\*> Прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии | | | | |
| 18.1 | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины | | КПП (для юридического лица)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  В размере\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 18.2 | Адрес(-а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность.  Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения | | 2. Аптечные организации:  <\*> Аптека готовых лекарственных форм.  <\*> Аптека производственная.  <\*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.  <\*> Аптечный пункт.  <\*> Аптечный киоск.  3. Структурные подразделения медицинских организаций:  <\*> Аптека готовых лекарственных форм.  <\*> Аптека производственная.  <\*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.  <\*> Аптечный пункт.  4. Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:  <\*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики.  <\*> Амбулатория.  <\*> Фельдшерский пункт.  <\*> Фельдшерско-акушерский пункт.  5. Индивидуальные предприниматели.  Адрес(-а) места осуществления фармацевтической деятельности:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  <\*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  <\*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  <\*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  <\*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  <\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  <\*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  <\*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. | | |
| 18.3 | Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии | |  | | |
| 19 | <\*> Прекращением деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и указанных в лицензии | | | | |
| 19.1 | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины | | КПП (для юридического лица)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  В размере\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 19.2 | Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения.  Адрес(-а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности | | 2. Аптечные организации:  <\*> Аптека готовых лекарственных форм.  <\*> Аптека производственная.  <\*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.  <\*> Аптечный пункт.  <\*> Аптечный киоск.  3. Структурные подразделения медицинских организаций:  <\*> Аптека готовых лекарственных форм.  <\*> Аптека производственная.  <\*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.  <\*> Аптечный пункт.  4. Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:  <\*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики.  <\*> Амбулатория.  <\*> Фельдшерский пункт.  <\*> Фельдшерско-акушерский пункт.  5. Индивидуальные предприниматели.  Адрес(-а) места осуществления фармацевтической деятельности:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  <\*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  <\*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  <\*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  <\*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  <\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  <\*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  <\*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения | | |
| 19.3 | Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения, указанных в лицензии работ, услуг | |  | | |
| 20 | <\*> Истечением срока действия лицензии, не содержащей перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности | | | | |
| 20.1 | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины | | КПП (для юридического лица)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  В размере\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 20.2 | Выполняемые работы, оказываемые услуги в составе фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения.  Адрес(-а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности | (Сведения о лицензиате) | (Новые сведения о лицензиате)  2. Аптечные организации:  <\*> Аптека готовых лекарственных форм.  <\*> Аптека производственная.  <\*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.  <\*> Аптечный пункт.  <\*> Аптечный киоск.  3. Структурные подразделения медицинских организаций:  <\*> Аптека готовых лекарственных форм.  <\*> Аптека производственная.  <\*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.  <\*> Аптечный пункт.  4. Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:  <\*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики.  <\*> Амбулатория.  <\*> Фельдшерский пункт.  <\*> Фельдшерско-акушерский пункт.  5. Индивидуальные предприниматели.  Адрес(-а) места осуществления фармацевтической деятельности:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  <\*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  <\*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  <\*> Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  <\*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  <\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  <\*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  <\*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения | | |

\* Далее – лицензия на осуществление фармацевтической деятельности.

<\*> Нужное указать.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица

(индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

М. П.

Приложение 1

к заявлению о переоформлении

лицензии на фармацевтическую деятельность

(за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами

и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти)

Реквизиты документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности (за исключением медицинских организаций).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Вид документа | № документа | Дата | Наименование оборудования | Количество |
| 1 | Товарная накладная |  |  |  |  |
| 2 | Счет-фактура |  |  |  |  |
| 3 | Товарный чек |  |  |  |  |
| 4 | Кассовый чек |  |  |  |  |
| 5 | Иное |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф. И. О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица

(индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись)

М. П.

Приложение 2

к заявлению о переоформлении

лицензии на фармацевтическую деятельность

(за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами

и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти)

Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатах специалистов – для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением медицинских организаций).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО | Должность, стаж работы | Сведения об образовании специалистов,  в т.ч. индивидуального предпринимателя | Сведения о профессиональной подготовке  (переподготовке) | Сведения о повышении квалификации | Сведения о наличии документа, подтверждающего смену фамилии  (если имеется) |
| данные диплома  (кем и когда выдан, серия, регистрационный №,  специальность) | данные сертификата  (кем и когда выдан, серия, регистрационный №, специальность, действителен до) | данные свидетельства о повышении квалификации  (кем и когда выдан, серия, регистрационный №, название цикла последнего усовершенствования по заявляемому виду деятельности,  количество часов) | данные свидетельства о браке (кем и когда выдано, серия, регистрационный №) |
| 1. |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф. И. О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица

(индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись)

М. П.

Приложение 3

к заявлению о переоформлении

лицензии на фармацевтическую деятельность

(за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами

и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти)

Реквизиты документов о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций (для медицинских организаций).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО | Должность, стаж работы | Сведения об образовании специалистов | Сведения о профессиональной подготовке  (переподготовке) | Сведения о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения | Сведения о наличии документа, подтверждающего смену фамилии  (если имеется) |
| данные диплома  (кем и когда выдан, серия, регистрационный №, специальность) | данные сертификата  (кем и когда выдан, серия, регистрационный №, специальность, действителен до) | данные свидетельства  (кем и когда выдано, серия, регистрационный №, название цикла, количество часов) | данные свидетельства о браке (кем и когда выдано, серия, регистрационный №) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф. И. О. индивидуального предпринимателя или уполномоченного представителя юридического лица

(индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись)

М. П.