

Опись
документов для получения 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 соискатель лицензии
Общество с ограниченной ответственностью «АПТЕКА ОРЕЛ»

(наименование соискателя лицензии)

представил, а лицензирующий орган Департамент здравоохранения Орловской области
(наименование лицензирующего органа)
принял от соискателя лицензии «__» _____ 20 __ года №__
нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой
организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными
организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной
власти):

№	Наименование документа	Количество листов
1.	Заявление о предоставлении лицензии <*>	
2.	Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии 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 (кроме медицинских организаций) <*>	
3.	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности (кроме медицинских организаций) <*>	
4.	Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов – для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения <*>	
5.	Копии документов о дополнительном профессиональном 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 <*>	
6.	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, подтверждающие наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, деятельность которого непосредственно связана с оптовой торговлей лекарственными средствами, их хранением, перевозкой и (или) розничной торговлей лекарственными препаратами, их отпуск, хранением, перевозкой и изготовлением (кроме медицинских организаций) <*>	

7.	Доверенность	
8.	Прочие документы, не входящие в обязательный перечень, представляемые по усмотрению заявителя (указать): _____ _____ _____	

- <*> Документы, которые соискатель лицензии должен представить в обязательном порядке.
 <***> Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе.

Документы сдал
 соискатель лицензии/представитель
 соискателя лицензии:
 Иванов Иван Иванович
 директор ООО «АПТЕКА ОРЕЛ»

 (Ф.И.О., должность, подпись)

 (реквизиты доверенности)

Документы принял
 должностное лицо лицензирующего
 органа:

 (Ф.И.О., должность, подпись)

Дата _____
 Входящий № _____
 Количество листов _____

М. П.

М. П.

Регистрационный номер: _____ от _____ 20 ____ г.
(заполняется лицензирующим органом)

В Департамент здравоохранения
Орловской области

Заявление
о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность
(за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли
лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными
федеральным органам исполнительной власти)*

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	Общество с ограниченной ответственностью «АПТЕКА ОРЕЛ»
2.	Сокращенное наименование юридического лица индивидуального предпринимателя (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	ООО «АПТЕКА ОРЕЛ»
3.	Фирменное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя (в случае, если имеется)	Полное: общество с ограниченной ответственностью «АПТЕКА ОРЕЛ» Сокращенное: ООО «АПТЕКА ОРЕЛ»
4.	Адрес местонахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	302520, Орловская область, г. Орел, ул. Комсомольская, д. 6, помещение 22.
5.	Государственный регистрационный номер юридического лица; государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя	1185749067899
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный	Выдан Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №9 по Орловской области (наименование органа, выдавшего документ)

	<p>реестр юридических лиц. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей. Адрес местонахождения органа, осуществившего государственную регистрацию юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса</p>	<p>Дата выдачи 02 июня 2014 года Бланк: серия 57 02 № 617288 Адрес 302025, г Орел, Московское шоссе , д.119</p>
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	5753071144
8.	<p>Данные документа о постановке соискателя лицензии на осуществление фармацевтической деятельности на учет в налоговом органе</p>	<p>Выдан Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №9 по Орловской области (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи 2 июня 2014 года Бланк: серия 57 64 № 293655 Адрес 302025, г Орел, Московское шоссе , д.119</p>
9.	<p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые соискатель лицензии намерен исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса)</p>	<p>2. Аптечные организации: <*> Аптека готовых лекарственных форм. <*> Аптека производственная. <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов. <V> Аптечный пункт. 1) 302016, Орловская область, г.Орел, ул. Комсомольская , д.20, помещения 19,20,21 . -Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения -Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения - Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><*> Аптечный киоск.</p> <p>3. Структурные подразделения медицинских организаций: <*> Аптека готовых лекарственных форм. <*> Аптека производственная. <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов. <*> Аптечный пункт.</p> <p>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.</p> <p>5. Индивидуальные предприниматели.</p> <p>Адрес(-а) места осуществления фармацевтической деятельности:</p>

		<p>_____</p> <p>_____</p> <p><*> 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.</p>
10.	Реквизиты документов, перечень которых определяется Положением о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», и которые свидетельствуют о соответствии соискателя лицензии лицензионным требованиям, – в отношении документов, на которые распространяется требование пункта 2 части 1 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 года № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»:	
10.1	Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	<p>Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Номер лицензии _____</p>
10.2	Сведения, подтверждающие наличие у соискателя лицензии 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	<p>Договор аренды недвижимости № 5 зарегистрирован Управлением Федеральной службы государственной регистрации, кадастра и картографии по Орловской области (наименование органа, выдавшего документ) Регистрационный № 57:20:0010205:45-57/022/2019-3 Дата 15.01.2019 г. Значение площади (кв. м.) 65.0 Полный адрес: 302016, Орловская область, г. Орел, ул. Комсомольская, д.20, помещения 19,20,21</p> <p>Кадастровый номер 57:20:0013206:66</p>
10.3	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность	<p>Выдан Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Орловской области (наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи 01.02.2019 г. Номер санитарно-эпидемиологического заключения 57.01.04.000.М.000125.02.19 Номер бланка: 3079320</p>
11	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии на осуществление	<p>КПП (для юридического лица) 5752001001 Дата 02.02.2019 В размере 7500 рублей</p>

	фармацевтической деятельности, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	
12	Контактный телефон, факс юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	84862 423564 8-960-220-22-22
13	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты: apteka@orel.ru
14	Форма получения лицензии	<V> На бумажном носителе (лично). <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. <*> В форме электронного документа

* Далее – лицензия на осуществление фармацевтической деятельности.
<*> Нужно указать.

Директор ООО «АПТЕКА ОРЕЛ» Иванов Иван Иванович

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

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

М. П.