

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)  
Общество с ограниченной ответственностью «АПТЕКА ОРЕЛ»

(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 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):

<V> **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;
- <\*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом.

№	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  
лицензиат/представитель лицензиата:

Иванов Иван Иванович  
директор ООО «АПТЕКА ОРЕЛ»  
(Ф.И.О., должность, подпись)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты доверенности)

М. П. (при ее наличии)

Документы принял  
должностное лицо лицензирующего  
органа:

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата \_\_\_\_\_

Входящий № \_\_\_\_\_

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 № ЛО-57-02-0001010 лицензии от 15 марта 2019 г.,  
предоставленной Департаментом здравоохранения Орловской области  
(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):

- <V> **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;
- <\*> изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим

нормативным правовым актом.

№	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	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 лицензиата (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 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 Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №9 по Орловской области  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи 02 июня 2014 года Бланк: серия 57 02 № 617288 Адрес 302025, г Орел, Московское шоссе , д.119	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 Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №9 по Орловской области (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи 01.06.2019 года Бланк: серия _____ № _____ Адрес 302025 г Орел, .Московское шоссе, д 119	
8	Идентификационный номер налогоплательщика	5753071144	
9	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №9 по Орловской области (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи 2 июня 2014 года	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____

		Бланк: серия 57 64 № 293655 Адрес 302025, г Орел, Московское шоссе , д.119	
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		<p>2. Аптечные организации: &lt;*&gt; Аптека готовых лекарственных форм. &lt;*&gt; Аптека производственная. &lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.</p> <p>&lt;V&gt; <b>Аптечный пункт.</b> Адрес(-а) места осуществления фармацевтической деятельности: 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>&lt;*&gt; Аптечный киоск.</p> <p>3. Структурные подразделения медицинских организаций: &lt;*&gt; Аптека готовых лекарственных форм. &lt;*&gt; Аптека производственная. &lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов. &lt;*&gt; Аптечный пункт.</p> <p>4. Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых</p>

			<p>отсутствуют аптечные организации:          &lt;*&gt; Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики.          &lt;*&gt; Амбулатория.          &lt;*&gt; Фельдшерский пункт.          &lt;*&gt; Фельдшерско-акушерский пункт.</p> <p>5. Индивидуальные предприниматели.</p> <p>Адрес(-а) места осуществления фармацевтической деятельности:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения.          &lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.          &lt;*&gt; Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.          &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.          &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.          &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.          &lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
12	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	КПП (для юридического лица) 5752001001 Дата 01.06.2019 В размере 3500 рублей	
13	Номер телефона (в случае, если имеется), адрес электронной почты (в случае, если	84862 423564 8-960-220-22-22	

	имеется)	
14	Информирование по вопросам лицензирования (при необходимости)	Адрес электронной почты: apteka@orel.ru
15	Форма получения переоформленной лицензии	<V> <b>На бумажном носителе (лично).</b> <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. <*> В форме электронного документа
16.	<b>&lt;V&gt; Изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности</b>	
16.1	<p>Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности.</p> <p>Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p>	<p>2. Аптечные организации: &lt;*&gt; Аптека готовых лекарственных форм. &lt;*&gt; Аптека производственная. &lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов. <b>&lt;V&gt; Аптечный пункт</b> 302016. Орловская область, г. Орел, ул. Комсомольская, д. 30, помещения 10, 11, 12 -Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения -Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения - Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный киоск.</p> <p>3. Структурные подразделения медицинских организаций: &lt;*&gt; Аптека готовых лекарственных форм. &lt;*&gt; Аптека производственная. &lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов. &lt;*&gt; Аптечный пункт.</p> <p>4. Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях в которых отсутствуют аптечные организации: &lt;*&gt; Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики. &lt;*&gt; Амбулатория. &lt;*&gt; Фельдшерский пункт. &lt;*&gt; Фельдшерско-акушерский пункт.</p> <p>5. Индивидуальные предприниматели.</p> <p>Адрес(-а) места осуществления фармацевтической деятельности: _____ _____ _____</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения. &lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения. &lt;*&gt; Перевозка лекарственных средств для медицинского применения. &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения. &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.</p>

		<p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.</p> <p>&lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
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	<p>Договор аренды недвижимости № 12 зарегистрирован Управлением Федеральной службы государственной регистрации, кадастра и картографии по Орловской области (наименование органа, выдавшего документ) Регистрационный № 57:20:0010215:66-57/090/2019-2 Дата 01.05.2019 г. Значение площади (кв. м.) 80,5 Полный адрес: 302016, Орловская область, г. Орел, ул. Комсомольская, д. 30, помещения 10, 11, 12</p> <p>Кадастровый номер 57:20:0012205:66</p>
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)	<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 20.05.2019 г. Номер санитарно-эпидемиологического заключения 57.01.04.000.M.000333.05.19 Номер бланка: 3079680</p>
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	<p>КПП (для юридического лица) 5752001001 Дата 01.06.2019 В размере 3500 рублей</p>
17	<p>&lt;*&gt; Изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии;</p> <p>&lt;*&gt; изменением в соответствии с нормативным правовым актом Российской Федерации перечней работ, услуг, которые выполняются, оказываются в составе деятельности, если необходимость переоформления лицензии определена этим нормативным правовым актом.</p>	
17.1	Сведения о новых работах (услугах),	2. Аптечные организации:



	<p>которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения.</p> <p>Адрес(-а) места осуществления лицензируемого вида деятельности</p>	<p>&lt;*&gt; Аптека готовых лекарственных форм.          &lt;*&gt; Аптека производственная.          &lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.          &lt;*&gt; Аптечный пункт.          &lt;*&gt; Аптечный киоск.</p> <p>3. Структурные подразделения медицинских организаций:          &lt;*&gt; Аптека готовых лекарственных форм.          &lt;*&gt; Аптека производственная.          &lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.          &lt;*&gt; Аптечный пункт.</p> <p>4. Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:          &lt;*&gt; Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики.          &lt;*&gt; Амбулатория.          &lt;*&gt; Фельдшерский пункт.          &lt;*&gt; Фельдшерско-акушерский пункт.</p> <p>5. Индивидуальные предприниматели.</p> <p>Адрес(а) места осуществления фармацевтической деятельности:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения.          &lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.          &lt;*&gt; Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.          &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.          &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.          &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.          &lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
17.2	<p>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)</p>	<p>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)</p>
17.3	<p>Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям</p>	<p>Согласно приложению 1 к заявлению о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность (за исключением деятельности,</p>

	(в случае намерения осуществлять перевозку лекарственных средств для медицинского применения данные сведения не указываются)	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)	<p>Выдан _____</p> <p>(наименование органа, выдавшего документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Номер санитарно-эпидемиологического заключения _____</p> <p>Номер бланка: _____</p>
17.5	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	<p>КПП (для юридического лица) _____</p> <p>Дата _____</p> <p>В размере _____</p>
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	<p>КПП (для юридического лица) _____</p> <p>Дата _____</p> <p>В размере _____</p>
18.2	<p>Адрес(-а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность.</p> <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p>	<p>2. Аптечные организации:</p> <p>&lt;*&gt; Аптека готовых лекарственных форм.</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная.</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный пункт.</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный киоск.</p> <p>3. Структурные подразделения медицинских организаций:</p> <p>&lt;*&gt; Аптека готовых лекарственных форм.</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная.</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов.</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный пункт.</p> <p>4. Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенных в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p>&lt;*&gt; Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики.</p> <p>&lt;*&gt; Амбулатория.</p> <p>&lt;*&gt; Фельдшерский пункт.</p> <p>&lt;*&gt; Фельдшерско-акушерский пункт.</p> <p>5. Индивидуальные предприниматели.</p> <p>Адрес(-а) места осуществления фармацевтической деятельности:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения.</p>

		<*> 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.  
 <\*> Нужно указать.

в лице директора ООО «АПТЕКА ОРЕЛ» Иванова Ивана Ивановича

(наименование должности и фамилия, имя, отчество руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица / фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя)

действующего на основании Устава

---

(наименование документа, подтверждающего полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности. К заявлению прилагается опись документов.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

Директор ООО «АПТЕКА ОРЕЛ» Иванов Иван Иванович

(наименование должности и Ф.И.О. руководителя юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица / Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

(подпись)

М. П. (при ее наличии)

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. (при ее наличии)

**ЗАПОЛНИТЬ В СООТВЕТСТВИИ С ТРЕБОВАНИЯМИ**

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. (при ее наличии)

**ЗАПОЛНИТЬ В СООТВЕТСТВИИ С ТРЕБОВАНИЯМИ**

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. (при ее наличии)

**ЗАПОЛНИТЬ В СООТВЕТСТВИИ С ТРЕБОВАНИЯМИ**



