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

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

(наименование соискателя лицензии)

представил, а лицензирующий орган Департамент здравоохранения Орловской области принял от соискателя лицензии «\_\_» \_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование документа | Количество листов |
|  | Заявление о предоставлении лицензии <\*> |  |
|  | 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) <\*> |  |
|  | Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности (за исключением медицинских организаций) <\*> |  |
|  | Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов – для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением обособленных подразделениях медицинских организаций) <\*> |  |
|  | 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 <\*> |  |
|  | 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 отпуском, хранением, перевозкой и изготовлением (за исключением медицинских организаций) <\*> |  |
|  | Доверенность |  |
|  | 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 | Документы принял |
| руководитель соискателя лицензии/представитель  соискателя лицензии/индивидуального предпринимателя: | должностное лицо лицензирующего органа: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Ф.И.О., должность, подпись) | (Ф.И.О., должность, подпись) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (реквизиты доверенности) | Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Входящий №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| М.П. | Количество листов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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)\*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Требуемые сведения | | | | | Сведения, представленные заявителем |
|  | Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица;  фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя  Наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом от 9 июля 1999 года  № 160-ФЗ «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации» | | | | |  |
|  | Сокращенное наименование юридического лица индивидуального предпринимателя (в случае, если имеется); данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя | | | | |  |
|  | Фирменное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя (в случае, если имеется) | | | | |  |
|  | Адрес местонахождения юридического лица;  адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс) | | | | |  |
|  | Основной государственный регистрационный номер юридического лица (ОГРН);  Основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя (ОГРНИП) | | | | |  |
|  | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица / государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (ОГРН)  Номер записи аккредитации, дата аккредитации <1> | | | | | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) | | | | |  |
|  | Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе | | | | | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9. | Вид обособленного объекта | | Адрес(а) места осуществления фармацевтической деятельности (с указанием почтового индекса)  Адрес(а) места осуществления фармацевтической деятельности филиала <1> | | Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельности | |
| <\*>Аптека готовых лекарственных форм | |  | | <\*>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  <\*>хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  <\*>отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения  <\*>перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения | |
| <\*>Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов; | |  | | <\*>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <\*>хранение лекарственных средств для медицинского применения  <\*>хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  <\*>изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения  <\*>отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения  <\*>перевозка лекарственных средств для медицинского применения  <\*>перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения | |
| <\*>Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов | |  | | <\*>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <\*>хранение лекарственных средств для медицинского применения  <\*>хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  <\*>изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения  <\*>отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения  <\*>перевозка лекарственных средств для медицинского применения  <\*>перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения | |
| <\*>Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов (структурное подразделение медицинской организации) | |  | | <\*>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <\*>хранение лекарственных средств для медицинского применения  <\*>хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  <\*>изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения  <\*>отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения  <\*>перевозка лекарственных средств для медицинского применения  <\*>перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения | |
| <\*>Аптечный пункт | |  | | <\*>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  <\*>хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  <\*>отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения  <\*>перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения | |
|  | <\*>Аптечный киоск | |  | | <\*>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  <\*>хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  <\*>перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения | |
|  | <\*>Обособленное (структурное) подразделение медицинской организации (амбулатория, фельдшерский и фельдшерско-акушерский пункт, центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики) |  | | | <\*>розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  <\*>хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  <\*>отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения | |
| 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»: | | | | | |
|  | Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций) | | | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер лицензии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | 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 | | | Наименование документа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  № регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тип объекта недвижимости (здание/помещение):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Кадастровый номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Площадь (здания/ помещения):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Субъект права: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Вид права:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 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 | | | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер санитарно-эпидемиологического заключения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Номер бланка:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 11. | Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины | | | КПП (для юридического лица)\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  В размере\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 12. | Номер телефона | | |  | | |
| 13. | Адрес электронной почты (в случае, если имеется) | | |  | | |
| 14. | Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме) | | | Адрес электронной почты: | | |
| 15. | Форма получения уведомления о предоставлении лицензии  (часть 5 ст. 14 99-ФЗ) | | | <\*> на бумажном носителе заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении;  <\*> в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью лицензирующего органа | | |
| 16. | Необходимость получения сведений из реестра лицензий | | | <\*> нет  <\*> на бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении;  <\*> в форме электронного документа | | |

<\*> нужное указать

<1>для соискателя лицензии, являющийся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»

К заявлению о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности прилагается [опись](#P892) документов на \_\_\_\_\_\_\_\_листах

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

(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица /Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, реквизиты документов, подтверждающих его полномочия)

Достоверность представленных документов подтверждаю. Обязуюсь в случае преобразования, изменения наименования или адреса (адресов) места осуществления лицензируемого вида деятельности не позднее чем через 15 дней подать заявление о переоформлении лицензии.

« » 20 г.

Руководитель организации-заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(ФИО, подпись)

М.П.

Приложение 1

к заявлению о предоставлении

лицензии на фармацевтическую деятельность

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

Сведения о наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимого для осуществления фармацевтической деятельности оборудования, соответствующего установленным требованиям

(за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)\*

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

Сокращенное наименование ЮЛ/ Ф.И.О. ИП, вид обособленного объекта, адрес места осуществления фармацевтической деятельности (с указанием почтового индекса); наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности филиала <1>

Перечень имеющегося оборудования (с указанием количества)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование оборудования, необходимого для осуществления фармацевтической деятельности | Заводской номер (при наличии),  для медицинских изделий ‑ реквизиты регистрационного удостоверения  (номер, дата регистрации, срок действия),  дата поверки (для средств измерения) | Количество | Вид, дата и номер документа  ( товарная накладная, счет-фактура, товарный чек, кассовый чек, иное) |
|  |  |  |  |  |

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

(Должность, Ф.И.О. руководителя организации/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.

\* заполняется для каждого обособленного объекта

<1> для соискателя лицензии, являющийся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»

Приложение 2

к заявлению о предоставлении

лицензии на фармацевтическую деятельность

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

Сведения о документах, подтверждающих наличие у руководителя организации (за исключением медицинских организаций), деятельность которого непосредственно связана с розничной торговлей лекарственными препаратами, их отпуском, хранением, перевозкой и изготовлением / у индивидуального предпринимателя: высшего или среднего фармацевтического образования, сертификата специалиста и стажа работы по специальности

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

Сокращенное наименование ЮЛ/Ф.И.О. ИП, адрес места нахождения юридического лица / адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса); наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности филиала <1>

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О.,  сведения о документах, подтверждающих смену фамилии (при наличии) | Сведения об образовании  (диплом-наименование учебного заведения, дата выдачи, № документа, регистрационный №, специальность, квалификация; сертификат-наименование учебного заведения, дата выдачи, № документа, регистрационный №, специальность, срок действия документа; усовершенствования за последние 5 лет-наименование учебного заведения, дата выдачи, № документа, регистрационный №, наименование темы/программы, сроки прохождения обучения, количество часов) | | | | Реквизиты трудового договора (дата, номер) |
| Диплом об образовании | Сертификат | Документ, подтверждающий повышение квалификации | Стаж работы по специальности |
|  |  |  |  |  |  |

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

(Должность, Ф.И.О. руководителя организации/Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.

<1> для соискателя лицензии, являющийся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»

Приложение 3

к заявлению о предоставлении

лицензии на фармацевтическую деятельность

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

Сведения о документах, подтверждающих наличие у работников, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры, деятельность которых непосредственно связана с розничной торговлей лекарственными препаратами, их отпуском, хранением и изготовлением: высшего или среднего фармацевтического образования и сертификата специалиста (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)\*

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

Сокращенное наименование ЮЛ/ Ф.И.О. ИП, вид обособленного объекта, адрес места осуществления фармацевтической деятельности (с указанием почтового индекса);

наименование иностранного юридического лица, наименование филиала иностранного юридического лица, адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности филиала <1>

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид обособ-ленного объекта | Ф.И.О.,  сведения о документах, подтверждающих смену фамилии (при наличии) | Сведения об образовании  (диплом-наименование учебного заведения, дата выдачи, № документа, регистрационный №, специальность, квалификация; сертификат (свидетельство об аккредитации) -наименование учебного заведения, дата выдачи, № документа, регистрационный №, специальность, срок действия документа; усовершенствования за последние 5 лет-наименование учебного заведения, дата выдачи, № документа, регистрационный №, наименование темы/программы, сроки прохождения обучения, количество часов) | | | | Реквизиты трудового договора (дата, номер) |
| Диплом об образовании | Сертификат  (свидетельство об аккредитации) | Документ, подтверждающий повышение квалификации | Стаж работы по специальности (для руководителей обособленного объекта)\*\* |
|  |  |  |  |  |  |  |

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

(Должность, Ф.И.О. руководителя организации/ Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.

\* заполняется для каждого обособленного объекта

\*\* предоставляются сведения

<1> для соискателя лицензии, являющийся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»

Приложение 4

к заявлению о предоставлении

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

Сведения 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 (амбулаториях, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктах, центрах (отделениях) общей врачебной (семейной) практики)\*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид обособленного подразделения | Ф.И.О.  сведения о документах, подтверждающих смену фамилии (при наличии) | Сведения об образовании  (диплом-наименование учебного заведения, дата выдачи, № документа, регистрационный №, специальность, квалификация; сертификат (свидетельство об аккредитации) -наименование учебного заведения, дата выдачи, № документа, регистрационный №, специальность, срок действия документа; усовершенствования за последние 5 лет-наименование учебного заведения, дата выдачи, № документа, регистрационный №, наименование темы/программы, сроки прохождения обучения, количество часов) | | | | Реквизиты трудового договора (дата, номер) |
| Диплом об образовании | Сертификат (свидетельство об аккредитации) | Документ, подтверждающий повышение квалификации | Документ, подтверждающий дополнительное профессиональное образование в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сокращенное наименование ЮЛ, вид обособленного подразделения,

адрес места осуществления фармацевтической деятельности (с указанием почтового индекса)

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

(Должность, Ф.И.О. руководителя организации)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.

\* заполняется для каждого обособленного подразделения