|  |
| --- |
| **КОМИТЕТ**  **ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**  **ПРИКАЗ**  от № .  Санкт-Петербург |

|  |  |
| --- | --- |
| Об утверждении форм заявлений о предоставлении лицензий, переоформлении лицензий, форм уведомлений, используемых Комитетом по здравоохранению Ленинградской области в процессе лицензирования |  |

В соответствии с частью 2 статьи 5 Федерального закона от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», Положением о Комитете по здравоохранению Ленинградской области, утвержденным постановлением Правительства Ленинградской области от 29 декабря 2012 года № 462, приказываю:

1. Утвердить прилагаемые формы заявлений, используемых Комитетом по здравоохранению Ленинградской области (далее – Комитет) в процессе лицензирования:

Заявление о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность (приложение 1);

Заявление о предоставлении лицензии на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (приложение 2);

Заявление о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность (приложение 3);

Заявление о переоформлении лицензии на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (приложение 4);

Заявление о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность (приложение 5);

Заявление о переоформлении лицензии на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (приложение 6).

1. Утвердить прилагаемые формы уведомлений, используемых Комитетом в процессе лицензирования:

Уведомление о намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность на территории Ленинградской области (приложение 7);

Уведомление о намерении лицензиата осуществлять деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений на территории Ленинградской области (приложение 8);

Уведомление о намерении лицензиата осуществлять медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") на территории Ленинградской области (приложение 9).

1. Признать утратившими силу приказ Комитета от 31 мая 2018 года № 08 «Об утверждении форм заявлений о предоставлении лицензий, переоформлении лицензий, форм уведомлений, используемых Комитетом по здравоохранению Ленинградской области в процессе лицензирования фармацевтической деятельности и деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений».

Председатель Комитета С.В.Вылегжанин

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

к приказу Комитета

по здравоохранению

Ленинградской области

от №

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется лицензирующим органом)

В Комитет по здравоохранению

Ленинградской области

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Организационно-правовая форма/вид предпринимательства |  |
| Полное наименование юридического лица  Фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество, данные документа,  удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 2 | Сокращенное наименование  *(в случае если имеется)* |  |
| 3 | Фирменное наименование  *(в случае если имеется)* |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя |  |
| 5 | Государственный регистрационный номер (основной) записи о создании юридического лица/  государственный регистрационный номер (основной) записи  о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  |
| 6 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений:  - о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц;  - об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Государственный регистрационный номер записи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата внесения записи в ЕГРЮЛ/ЕГРИП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 8 | Данные документа о постановке соискателя лицензии (юридического лица)  на учет в налоговом органе | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Государственный регистрационный номер записи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата внесения записи в ЕГРЮЛ/ЕГРИП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9 | Для заполнения соискателем лицензии, **являющимся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера**, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=9FBA38602F31DB5FC8E478DD00E23F63C80057E27A2CFAE46DAADED1BF8934A4A59F1AD7D55668BD9B0C02989DF2F93C80A8D4A3p8U1I) "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" | |
| 9.1 | наименование иностранного юридического лица |  |
| 9.2 | наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=638BD543E129DD78BEE920299F75CDA289041EE357E3D05F560C6B019D56E2D0D992328B67A189C49C658C8E34MCT5I) от 9 июля 1999 года № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" |  |
| 9.3 | номер записи аккредитации |  |
| 9.4 | дата аккредитации |  |
| 9.5 | идентификационный номер налогоплательщика |  |
| код причины постановки на учет |  |
| 10 | Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности (*с указанием почтового индекса*)  Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность  в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения | Аптечные организации:  \_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптечный пункт  \_\_\_\_\*Аптечный киоск  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указанием почтового индекса)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. |
|  |  | Структурные подразделения медицинских организаций:  \_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптечный пункт  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указанием почтового индекса)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. |
|  |  | Обособленные подразделения медицинских организаций:  \_\_\_\_\*Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики  \_\_\_\_\*Амбулатория  \_\_\_\_\*Фельдшерский пункт  \_\_\_\_\*Фельдшерско-акушерский пункт  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указанием почтового индекса)  \_\_\_\_\*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. |
|  |  | Индивидуальный предприниматель  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указанием почтового индекса)  \_\_\_\_\*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 |
| 11 | Контактный телефон |  |
| Факс |  |
| Адрес электронной почты  *(в случае если имеется)* |  |
| 12 | Информация по вопросам лицензирования  *(указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)* | Адрес электронной почты: |
| 13 | Форма получения уведомления о переоформлении лицензии *(нужное подчеркнуть)* | На бумажном носителе лично  На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  В форме электронного документа, подписанного электронной подписью |
| 14 | Получение выписки из реестра лицензий  *(нужное подчеркнуть)* | Не требуется.  Требуется:  - в электронном виде  - на бумажном носителе |

\* Нужное указать

Сведения, подтверждающие соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям при выполнении работ (оказании услуг) по указанному адресу осуществления фармацевтической деятельности в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности»:

1) сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций):

лицензия № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года, предоставленная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

(наименование лицензирующего органа)

2) сведения о документах, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному адресу помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним *(за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)* (по каждому объекту):

по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

Реквизиты документов:

1. Кадастровый (условный) номер объекта права *(в случае, если имеется)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Вид права\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Номер государственной регистрации права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Дата государственной регистрации права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному адресу требованиям санитарных правил *(за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)*, выданного в установленном порядке:

по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

санитарно-эпидемиологическое заключение №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_ года

бланк №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(наименование территориального отдела Управления Роспотребнадзора)

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации», уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(документ, подтверждающий полномочия)

просит предоставить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

Представитель организации-заявителя/ индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (инициалы, фамилия)

"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года Место печати

Приложение

к заявлению о предоставлении

лицензии на осуществление фармацевтической деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование соискателя лицензии)

представитель соискателя лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, должность представителя соискателя лицензии)

представил, а лицензирующий орган – Комитет по здравоохранению Ленинградской области принял "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  п/п | 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 объектов недвижимости, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним *(за исключением медицинских организаций)*\* |  |
| 3 | *Копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности объектов недвижимости, соответствующих установленным требованиям, права на которые 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 *(за исключением медицинских организаций)*\* |  |
| 5 | *Копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке\*\** |  |
| 6 | Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификата специалиста – для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций)\*  Копия документа о дополнительном профессиональном образовании в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения – для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций\* |  |
| 7 | Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, подтверждающих наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации, деятельность которого непосредственно связана с розничной торговлей лекарственными препаратами, их отпуском, хранением, перевозкой и изготовлением\* |  |
| 8 | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование |  |

\* Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно

\*\* *Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе*

|  |  |
| --- | --- |
| Документы сдал  соискатель лицензии/  представитель соискателя лицензии  по доверенности № \_\_\_\_\_ от "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность, подпись, инициалы, фамилия) | Документы принял  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность, подпись, инициалы, фамилия) |

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

к приказу Комитета

по здравоохранению

Ленинградской области

от №

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер: |  | от |  |
| (заполняется лицензирующим органом) | | | |

В Комитет по здравоохранению  
Ленинградской области

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о предоставлении лицензии на осуществление деятельности  
по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,  
культивированию наркосодержащих растений

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Организационно-правовая форма/вид предпринимательства |  |
| Полное наименование юридического лица |  |
| 2 | Сокращенное наименование *(в случае если имеется)* |  |
| 3 | Фирменное наименование *(в случае если имеется)* |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица |  |
| 5 | Государственный регистрационный номер (основной) записи о создании юридического лица |  |
| 6 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц. | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_  Государственный регистрационный номер записи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата внесения записи в ЕГРЮЛ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 8 | Данные документа о постановке соискателя лицензии (юридического лица) на учет в налоговом органе | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_  Государственный регистрационный номер записи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата внесения записи в ЕГРЮЛ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9 | Для заполнения соискателем лицензии, **являющимся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера**, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=9FBA38602F31DB5FC8E478DD00E23F63C80057E27A2CFAE46DAADED1BF8934A4A59F1AD7D55668BD9B0C02989DF2F93C80A8D4A3p8U1I) "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" | |
| 9.1 | наименование иностранного юридического лица |  |
| 9.2 | наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=638BD543E129DD78BEE920299F75CDA289041EE357E3D05F560C6B019D56E2D0D992328B67A189C49C658C8E34MCT5I) от 9 июля 1999 года № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" |  |
| 9.3 | номер записи аккредитации |  |
| 9.4 | дата аккредитации |  |
| 9.5. | идентификационный номер налогоплательщика |  |
| код причины постановки на учет |  |
| 10 | Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности  (*с указанием почтового индекса*) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указанием почтового индекса)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085) |
|  | Перечень работ и услуг, составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, которые соискатель лицензии намерен выполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (при выполнении работ (оказании услуг), предусмотренных пунктами *11, 28, 39, 44, 55* приложения к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085, указываются конкретные наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки I –III перечня)\* |  |
| 11 | Сведения о документах, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений оборудования, помещений и земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций) | Реквизиты документов:  1. Кадастровый (условный) номер объекта права *(в случае, если имеется)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Вид права\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. Номер государственной регистрации права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. Дата государственной регистрации права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 11.1 | Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности  *(для медицинских организаций)* | Лицензия № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  выдана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(наименование лицензирующего органа)* |
| 12 | Сведения о наличии заключений органа по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, предусмотренных абзацем третьим пункта 3 статьи 10 Федерального закона от 8 января 1998 года № 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" | Реквизиты заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляется деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(указать № и дату выдачи заключения, наименование территориального органа Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков Российской Федерации, выдавшего заключение)* |
| 13 | Сведения о наличии заключений органа по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, предусмотренных абзацем пятым пункта 3 статьи 10 Федерального закона от 8 января 1998 года № 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" | Реквизиты заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам и психотропным веществам, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(указать № и дату выдачи заключения, наименование территориального органа Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков Российской Федерации, выдавшего заключение)* |
| 14 | Контактный телефон;  Факс;  Адрес электронной почты  *(в случае если имеется)* |  |
| 15 | Информация по вопросам лицензирования *(указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)* | Адрес электронной почты: |
| 16 | Форма получения уведомления о переоформлении лицензии *(нужное подчеркнуть)* | На бумажном носителе лично  На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  В форме электронного документа, подписанного электронной подписью |
| 17 | Получение выписки из реестра лицензий  *(нужное подчеркнуть)* | Не требуется.  Требуется:  - в электронном виде  - на бумажном носителе |

\* Указываются работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| в лице ,  (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)  действующего на основании ,  (документ, подтверждающий полномочия)  просит предоставить лицензию на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.  Достоверность представленных документов подтверждаю.  Представитель организации-заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) (инициалы, фамилия) | | | | | | | | |
| " |  | " |  | 20 |  | года | Место печати |

Приложение

к заявлению о предоставлении лицензии  
на осуществление деятельности

по обороту наркотических средств,

психотропных веществ и их прекурсоров,

культивированию наркосодержащих растений

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опись документов  Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование соискателя лицензии)  представитель соискателя лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество, должность представителя соискателя лицензии)  представил, а лицензирующий орган – Комитет по здравоохранению Ленинградской области принял "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений: | | |
| № п/п | Наименование документа | Количество листов |
| 1 | Заявление о предоставлении лицензии\* |  |
| 2 | Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений, земельных участков, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним *(за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)*\* |  |
| 3 | *Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений, земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним\*\** |  |
| 4 | Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений оборудования *(за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)*\* |  |
| 5 | *Копия заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляется деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны\*\** |  |
| 6 | *Копия заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам и психотропным веществам, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации\*\** |  |
| 7 | Копия сертификата специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего подразделения юридического лица при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня\* |  |
| 8 | Копии справок, выданных государственными или муниципальными учреждениями здравоохранения в установленном законодательством Российской Федерации порядке, об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам и психотропным веществам, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом\* |  |
| 9 | Копии документов об образовании лиц, осуществляющих деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня, а также о квалификации фармацевтических и медицинских работников\* |  |
| 10 | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование\* |  |

\* Документы, которые соискатель лицензии должен представить самостоятельно

*\*\* Документы, которые соискатель лицензии вправе представить по собственной инициативе*

|  |  |
| --- | --- |
| Документы сдал  соискатель лицензии/представитель соискателя лицензии  по доверенности № \_\_\_\_\_ от "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность, подпись, инициалы, фамилия) | Документы принял  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность, подпись, инициалы, фамилия) |

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

к приказу Комитета

по здравоохранению

Ленинградской области

от №

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется лицензирующим органом)

В Комитет по здравоохранению

Ленинградской области

заявление

о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года,

предоставленной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(наименование лицензирующего органа)

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года,

предоставленной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(наименование лицензирующего органа)

в связи с:

\_\_\_\_\*намерением лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии;

\_\_\_\_\*изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Организационно-правовая форма/вид предпринимательства |  |
| Полное наименование юридического лица  Фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество, данные документа,  удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 2 | Сокращенное наименование  *(в случае если имеется)* |  |
| 3 | Фирменное наименование  *(в случае если имеется)* |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального |  |
| 5 | Государственный регистрационный номер (основной) записи о создании юридического лица/  государственный регистрационный номер (основной) записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  |
| 6 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 7 | Для заполнения лицензиатом, **являющимся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера**, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=9FBA38602F31DB5FC8E478DD00E23F63C80057E27A2CFAE46DAADED1BF8934A4A59F1AD7D55668BD9B0C02989DF2F93C80A8D4A3p8U1I) "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" | |
| 7.1 | наименование иностранного юридического лица |  |
| 7.2 | наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=638BD543E129DD78BEE920299F75CDA289041EE357E3D05F560C6B019D56E2D0D992328B67A189C49C658C8E34MCT5I) от 9 июля 1999 года № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" |  |
| 7.3 | номер записи аккредитации |  |
| 7.4 | дата аккредитации |  |
| 7.5 | идентификационный номер налогоплательщика |  |
| код причины постановки на учет |  |
| 8 | Контактный телефон |  |
| Факс |  |
| Адрес электронной почты  *(в случае если имеется)* |  |
| 9 | Информация по вопросам лицензирования  *(указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)* | Адрес электронной почты: |
| 10 | Форма получения уведомления о переоформлении лицензии  *(нужное подчеркнуть)* | На бумажном носителе лично.  На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.  В форме электронного документа |
| 11 | Получение выписки из реестра лицензий  *(нужное подчеркнуть)* | Не требуется.  Требуется:  - в электронном виде  - на бумажном носителе |
| 12 | При намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии | |
| 12.1 | Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, не указанный в лицензии  (*с указанием почтового индекса*)  Выполняемые работы (оказываемые услуги), составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения\* | Аптечные организации:  \_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптечный пункт  \_\_\_\_\*Аптечный киоск  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указанием почтового индекса)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. |
|  |  | Структурные подразделения медицинских организаций:  \_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптечный пункт  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указанием почтового индекса)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. |
|  |  | Обособленные подразделения медицинских организаций:  \_\_\_\_\*Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики  \_\_\_\_\*Амбулатория  \_\_\_\_\*Фельдшерский пункт  \_\_\_\_\*Фельдшерско-акушерский пункт  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указанием почтового индекса)  \_\_\_\_\*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. |
|  |  | Индивидуальный предприниматель  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указанием почтового индекса)  \_\_\_\_\*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 |
| 13 | При изменении перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии | |
| 13.1 | Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения.  Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги) (с указанием почтового индекса)\* | Аптечные организации:  \_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптечный пункт  \_\_\_\_\*Аптечный киоск  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указанием почтового индекса)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. |
|  | Структурные подразделения медицинских организаций:  \_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптечный пункт  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указанием почтового индекса)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. |
|  | Обособленные подразделения медицинских организаций:  \_\_\_\_\*Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики  \_\_\_\_\*Амбулатория  \_\_\_\_\*Фельдшерский пункт  \_\_\_\_\*Фельдшерско-акушерский пункт  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указанием почтового индекса)  \_\_\_\_\*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. |
|  | Индивидуальный предприниматель  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указанием почтового индекса)  \_\_\_\_\*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 |

\*Нужное указать

Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при выполнении работ, оказании услуг в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности»:

1) сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному адресу помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) (по каждому объекту) *(указываются в случае заполнения пункта 10 заявления):*

по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

Реквизиты документов:

1. Кадастровый (условный) номер объекта права *(в случае, если имеется)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Вид права\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Номер государственной регистрации права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Дата государственной регистрации права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимого для осуществления фармацевтической деятельности по указанному адресу оборудования, соответствующего установленным требованиям (по каждому объекту) (указываются в случае заполнения пункта 11 заявления):

по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование оборудования (марка/заводской номер/  инвентарный номер) | Сведения о документах, подтверждающих право собственности (товарная накладная/инвентаризационная опись основных ИНВ-1 и другое) |
|  | №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

3) 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 (за исключением обособленных подразделений медицинских организаций) *(указываются в случае заполнения пунктов 10 и 11 заявления):*

по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия,  имя, отчество | Должность | Диплом | Сертификат | Стаж работы  (для руководителя аптечной организации) |
|  |  | Рег.№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  квалификация\_\_\_\_\_\_\_\_  специальность\_\_\_\_\_\_\_\_ | Рег.№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  специальность\_\_\_\_\_\_\_ |  |

4) 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 *(указываются в случае заполнения пунктов 10 и 11 заявления):*

по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Фамилия,  имя, отчество | Должность | Диплом | Удостоверение |
|  |  | Рег.№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  квалификация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  по специальности\_\_\_\_\_\_\_ | Рег.№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  до\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_  Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

5) сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному адресу требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке *(указываются в случае заполнения пунктов 10 и 11 заявления)*:

по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

санитарно-эпидемиологическое заключение №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года,

бланк №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(наименование территориального отдела Управления Роспотребнадзора)

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации», уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

Представитель организации-заявителя/

индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (инициалы, фамилия)

"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года Место печати

Приложение

к заявлению о переоформлении

лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование лицензиата)

представитель лицензиата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, должность представителя лицензиата)

представил, а лицензирующий орган – Комитет по здравоохранению Ленинградской области принял "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование документа | Количество листов |
| 1 | Заявление о переоформлении лицензии\* |  |
| 2 | Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности объектов недвижимости, соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним *(за исключением медицинских организаций)*\* |  |
| 3 | *Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности объектов недвижимости, соответствующих установленным требованиям, права на которые 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 *(за исключением медицинских организаций)*\* |  |
| 5 | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование |  |

\* Документы, которые лицензиат должен представить самостоятельно

*\*\* Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе*

|  |  |
| --- | --- |
| Документы сдал  лицензиат/представитель лицензиата  по доверенности № \_\_\_ от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, подпись, инициалы, фамилия) | Документы принял  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность, подпись, инициалы фамилия) |

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

к приказу Комитета

по здравоохранению

Ленинградской области

от №

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер: |  | от |  |
| (заполняется лицензирующим органом) | | | |

В Комитет по здравоохранению  
Ленинградской области

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о переоформлении лицензии на осуществление деятельности по обороту  
наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,  
культивированию наркосодержащих растений

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года,

предоставленной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(наименование лицензирующего органа)

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года,

предоставленной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(наименование лицензирующего органа)

в связи с:

\_\_\_\_\*намерением лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии;

\_\_\_\_\*изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Организационно-правовая форма |  | |
| Полное наименование юридического лица |  | |
| 2 | Сокращенное наименование  юридического лица *(в случае если имеется)* |  | |
| 3 | Фирменное наименование юридического лица *(в случае если имеется)* |  | |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица |  | |
| 5 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица |  | |
| 6 | Идентификационный номер налогоплательщика |  | |
| 7 | Для заполнения лицензиатом, **являющимся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера**, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=9FBA38602F31DB5FC8E478DD00E23F63C80057E27A2CFAE46DAADED1BF8934A4A59F1AD7D55668BD9B0C02989DF2F93C80A8D4A3p8U1I) "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" | | |
| 7.1 | наименование иностранного юридического лица |  | |
| 7.2 | наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=638BD543E129DD78BEE920299F75CDA289041EE357E3D05F560C6B019D56E2D0D992328B67A189C49C658C8E34MCT5I) от 9 июля 1999 года № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" |  | |
| 7.3 | номер записи аккредитации |  | |
| 7.4 | дата аккредитации |  | |
| 7.5 | идентификационный номер налогоплательщика и |  | |
| код причины постановки на учет |  | |
| 8 | Контактный телефон |  | |
| Факс |  | |
| Адрес электронной почты  *(в случае если имеется)* |  | |
| 9 | Информация по вопросам лицензирования  *(указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)* | Адрес электронной почты: | |
| 10 | Форма получения уведомления о переоформлении лицензии  *(нужное подчеркнуть)* | На бумажном носителе лично.  На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.  В форме электронного документа | |
| 11 | Получение выписки из реестра лицензий  *(нужное подчеркнуть)* | Не требуется.  Требуется:  - в электронном виде  - на бумажном носителе | |
| 12 | При намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии | | |
| 12.1 | Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности (*с указанием почтового индекса*)  Сведения о работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений *(при выполнении работ (оказании услуг), предусмотренных пунктами 11, 28, 39, 44 и 55 приложения к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085, указываются конкретные наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки I - III перечня)*\*\* | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указанием потового индекса) |
| 12.1.1 | Сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности с указанием нового адреса осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений  *(для медицинских организаций)* | | Лицензия № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  выдана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 12.2 | Сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений оборудования, помещений и земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним *(за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)* | | Реквизиты документов:  1. Кадастровый (условный) номер объекта права *(в случае, если имеется)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Вид права\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. Номер государственной регистрации права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. Дата государственной регистрации права \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 12.3 | Сведения о наличии заключений органа по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, предусмотренных абзацем третьим пункта 3 статьи 10 Федерального закона от 8 января 1998 года № 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" | | Реквизиты заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляется деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в список I прекурсоров, и (или) культивирование наркосодержащих растений, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать № и дату выдачи заключения, наименование территориального органа Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков Российской Федерации, выдавшего заключение) |
| 12.4 | Сведения сертификата специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего подразделения юридического лица при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня | | Реквизиты сертификата:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 13.1 | При изменении перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии | | |
| 13.1 | Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений при выполнении работ *(оказании услуг), предусмотренных пунктами 11, 28, 39, 44, 55 приложения к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085, указываются конкретные наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки I –III перечня)*\*\*  Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, на котором лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги)  *(с указанием почтового индекса)* | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указанием потового индекса) |

\* Нужное указать.

\*\* Указываются работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| в лице | | |  | | | | | | | , |
|  | | | (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации») | | | | | | | |
| действующего на основании | | | | |  | | | | | , |
|  | | | | | (документ, подтверждающий полномочия) | | | | | |
| просит переоформить лицензию на осуществление деятельности по обороту наркотических средств,  психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений. | | | | | | | | | | |
| Достоверность представленных документов подтверждаю. | | | | | | | | | | |
| Представитель организации-заявителя | | | | | |  |  |  |  | |
|  | | | | | |  | (подпись) |  | (инициалы, фамилия) | |
| Место печати | | | | | | | | | | |
| " |  | " |  | 20 |  | | года | | | |

Приложение

к заявлению о переоформлении лицензии  
на осуществление деятельности по обороту  
наркотических средств, психотропных веществ  
и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Опись документов  Настоящим удостоверяется, что лицензиат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование лицензиата)  представитель лицензиата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество, должность представителя лицензиата)  представил, а лицензирующий орган – Комитет по здравоохранению Ленинградской области принял "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений: | | | | | | |
|  | |  |  | | | |
|  | | | | | | |
| № п/п | Наименование документа | | | | | Количество листов |
| 1 | Заявление о переоформлении лицензии\* | | | | |  |
| 2 | Копии документов, которые подтверждают наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним *(за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)*\* | | | | |  |
| 3 | *Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений, земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним\*\** | | | | |  |
| 4 | Копии документов, которые подтверждают наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений оборудования *(за исключением медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций)*\* | | | | |  |
| 5 | *Копия заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляется деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны\*\** | | | | |  |
| 6 | *Копия заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам и психотропным веществам, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое, особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе за преступление, совершенное за пределами Российской Федерации\*\** | | | | |  |
| 7 | *Копия сертификата специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего подразделения юридического лица при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня\*\** | | | | |  |
| 8 | *Копии справок, выданных государственными или муниципальными учреждениями здравоохранения в установленном законодательством Российской Федерации порядке, об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам и психотропным веществам, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом\*\** | | | | |  |
| 9 | *Копии документов об образовании лиц, осуществляющих деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня, а также о квалификации фармацевтических и медицинских работников\*\** | | | | |  |
| 10 | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование\* | | | | |  |
| \* Документы, которые лицензиат должен представить самостоятельно  *\*\* Документы, которые лицензиат вправе представить по собственной инициативе*   |  |  | | --- | --- | | Документы сдал  лицензиат/представитель лицензиата  по доверенности № \_\_\_ от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, подпись, инициалы, фамилия) | Документы принял  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность, подпись, инициалы фамилия) | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  | |

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

к приказу Комитета

по здравоохранению

Ленинградской области

от №

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется лицензирующим органом)

В Комитет по здравоохранению

Ленинградской области

заявление

о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года, предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(наименование лицензирующего органа)

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года, предоставленной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(наименование лицензирующего органа)

в связи с:

\_\_\_\_\*реорганизацией юридического лица в форме преобразования;

\_\_\_\_\*реорганизацией юридического лица в форме слияния;

\_\_\_\_\*изменением наименования юридического лица;

\_\_\_\_\*изменением адреса места нахождения юридического лица;

\_\_\_\_\*изменением адреса места жительства индивидуального предпринимателя;

\_\_\_\_\*изменением имени, фамилии и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;

\_\_\_\_\*изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;

\_\_\_\_\*изменением адреса места осуществления юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности

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

\_\_\_\_\*прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Сведения о заявителе | Сведения  о лицензиате/  лицензиатах | Новые сведения  о лицензиате  или его правопреемнике |
| 1 | Организационно-правовая форма/вид предпринимательства |  |  |
| Полное наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |  |
| 2 | Сокращенное наименование *(в случае если имеется)* |  |  |
| 3 | Фирменное наименование *(в случае если имеется)* |  |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя |  |  |
| 5 | Государственный регистрационный номер (основной) записи о создании юридического лица/ государственный регистрационный номер (основной) записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя |  |  |
| 6 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений:  - о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц;  - об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей  *(п. 6 заполняется в случае реорганизацией юридического лица)* | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия\_\_\_\_№\_\_\_\_  Государственный регистрационный номер записи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата внесения записи в ЕГРЮЛ/ЕГРИП  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия\_\_\_\_№\_\_\_\_  Государственный регистрационный номер записи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата внесения записи в ЕГРЮЛ/ЕГРИП  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7 | Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в сведения о юридическом лице  в Единый государственный реестр юридических лиц/  данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в сведения  об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей. | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Государственный регистрационный номер записи  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата внесения записи в ЕГРЮЛ/ЕГРИП  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 8 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |  |
| 9 | Данные документа  о постановке лицензиата (юридического лица) на учет в налоговом органе  *(п. 9 заполняется в случае реорганизацией юридического лица)* | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия\_\_\_\_№\_\_\_\_  Государственный регистрационный номер записи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата внесения записи в ЕГРЮЛ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия\_\_\_\_№\_\_\_\_  Государственный регистрационный номер записи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата внесения записи в ЕГРЮЛ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10 | Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, принявшего решение)  Реквизиты документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 11 | Для заполнения лицензиатом, **являющимся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера**, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=9FBA38602F31DB5FC8E478DD00E23F63C80057E27A2CFAE46DAADED1BF8934A4A59F1AD7D55668BD9B0C02989DF2F93C80A8D4A3p8U1I) "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" | | |
| 11.1 | наименование иностранного юридического лица |  |  |
| 11.2 | наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=638BD543E129DD78BEE920299F75CDA289041EE357E3D05F560C6B019D56E2D0D992328B67A189C49C658C8E34MCT5I) от 9 июля 1999 года № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" |  |  |
| 11.3 | номер записи аккредитации |  |  |
| 11.4 | дата аккредитации |  |  |
| 11.5 | идентификационный номер налогоплательщика и |  |  |
| код причины постановки на учет |  |  |
| 12 | Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности.  Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения\*  *(п. 12 заполняется при изменении адреса места осуществления юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности)* | Аптечные организации:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (вид аптечной организации,  адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указание почтового индекса)  Виды выполняемых работ, оказываемых услуг:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Аптечные организации:  \_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптечный пункт  \_\_\_\_\*Аптечный киоск  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указанием почтового индекса)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. |
|  |  | Структурные подразделения медицинских организаций:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (вид структурного подразделения медицинской организации,  адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указание почтового индекса)  Виды выполняемых работ, оказываемых услуг:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Структурные подразделения медицинских организаций:  \_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптечный пункт  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указанием почтового индекса)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. |
|  |  | Обособленные подразделения медицинских организаций:  \_\_\_\_\*Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики  \_\_\_\_\*Амбулатория  \_\_\_\_\*Фельдшерский пункт  \_\_\_\_\*Фельдшерско-акушерский пункт  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указание почтового индекса)  Виды выполняемых работ, оказываемых услуг:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Обособленные подразделения медицинских организаций:  \_\_\_\_\*Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики  \_\_\_\_\*Амбулатория  \_\_\_\_\*Фельдшерский пункт  \_\_\_\_\*Фельдшерско-акушерский пункт  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указание почтового индекса)  \_\_\_\_\*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. |
|  |  | Индивидуальный предприниматель  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указание почтового индекса)  Виды выполняемых работ, оказываемых услуг:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Индивидуальный предприниматель  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указание почтового индекса)  \_\_\_\_\*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 |
| 13 | При прекращении деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии | | |
| 13.1 | Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, по которому лицензиат прекращает деятельность (*с указание почтового индекса*) | Аптечные организации (в том числе структурные подразделения медицинских организаций):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указание почтового индекса) | |
|  |  | Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указание почтового индекса) | |
|  |  | Индивидуальный предприниматель  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указание почтового индекса) | |
| 13.2 | Дата фактического прекращения деятельности  по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии |  | |
| 14 | При прекращении деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, указанных в лицензии | | |
| 14.1 | Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения.  Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности (*с указание почтового индекса*) | Аптечные организации:  \_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптечный пункт  \_\_\_\_\*Аптечный киоск  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указанием почтового индекса)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. | |
| Структурные подразделения медицинских организаций:  \_\_\_\_\*Аптека готовых лекарственных форм  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптека производственная с правом изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов  \_\_\_\_\*Аптечный пункт  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указанием почтового индекса)  \_\_\_\_\*Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.  \_\_\_\_\*Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения. | |
| Обособленные подразделения медицинских организаций:  \_\_\_\_\*Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики  \_\_\_\_\*Амбулатория  \_\_\_\_\*Фельдшерский пункт  \_\_\_\_\*Фельдшерско-акушерский пункт  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указание почтового индекса)  \_\_\_\_\*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. | |
|  | Индивидуальный предприниматель  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указание почтового индекса)  \_\_\_\_\*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 | |
| 14.2 | Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения указанных  в лицензии работ, услуг |  | |
| 15 | Контактный телефон |  | |
| Факс |  | |
| Адрес электронной почты  *(в случае если имеется)* |  | |
| 16 | Информация по вопросам лицензирования *(указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)* | Адрес электронной почты: | |
| 17 | Форма получения уведомления о переоформлении лицензии  *(нужное подчеркнуть)* | На бумажном носителе лично.  На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.  В форме электронного документа | |
| 18 | Получение выписки из реестра лицензий  *(нужное подчеркнуть)* | Не требуется.  Требуется:  - в электронном виде  - на бумажном носителе | |

\*Нужное указать

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации», уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

Представитель организации-заявителя/

индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (инициалы, фамилия)

"\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года Место печати

Приложение

к заявлению о переоформлении

лицензии на осуществление

фармацевтической деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(наименование лицензиата)

представитель лицензиата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, должность представителя лицензиата)

представил, а лицензирующий орган – Комитет по здравоохранению Ленинградской области принял "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование документа | Количество  листов |
| 1 | Заявление о переоформлении лицензии |  |
| 2 | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование |  |

Документы сдал Документы принял

лицензиат/представитель лицензиата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по доверенности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, подпись, инициалы, фамилия)

от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_года

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

(должность, подпись, инициалы, фамилия)

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

к приказу Комитета

по здравоохранению

Ленинградской области

от №

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер: |  | от |  |
| (заполняется лицензирующим органом) | | | |

В Комитет по здравоохранению

Ленинградской области

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о переоформлении лицензии на осуществление деятельности  
по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,  
культивированию наркосодержащих растений

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № |  | от " |  | " |  | 20 |  | года, предоставленной | |
|  | | | | | | | | | , |
| (наименование лицензирующего органа) | | | | | | | | | |
| № |  | от " |  | " |  | 20 |  | года, предоставленной | |
|  | | | | | | | | | , |
| (наименование лицензирующего органа) | | | | | | | | | |
| в связи с:  \_\_\_\_\*реорганизацией юридического лица в форме преобразования;  \_\_\_\_\*реорганизацией юридического лица в форме слияния;  \_\_\_\_\*изменением наименования юридического лица;  \_\_\_\_\*изменением адреса места нахождения юридического лица;  \_\_\_\_\*изменением адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;  \_\_\_\_\*прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;  \_\_\_\_\*прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности | | | | | | | | | | | |

\* Нужное указать.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Сведения о заявителе | Сведения о лицензиате/лицензиатах | | Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике |
| 1 | Организационно-правовая форма |  | |  |
| Полное наименование юридического лица |  | |  |
| 2 | Сокращенное наименование юридического лица *(в случае если имеется)* |  | |  |
| 3 | Фирменное наименование юридического лица *(в случае если имеется)* |  | |  |
| 4 | Адрес места нахождения  юридического лица |  | |  |
| 5 | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица |  | |  |
| 6 | Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц  *(п. 6 заполняется в случае реорганизацией юридического лица)* | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк:  серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Государственный регистрационный номер записи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата внесения записи в ЕГРЮЛ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк:  серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Государственный регистрационный номер записи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата внесения записи в ЕГРЮЛ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7 | Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в Единый государственный реестр юридических лиц | Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Государственный регистрационный номер записи  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата внесения записи в ЕГРЮЛ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 8 | Идентификационный номер налогоплательщика |  | |  |
| 9 | Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе  *(п. 9 заполняется в случае реорганизацией юридического лица)* | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк:  серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бланк:  серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10 | Для заполнения лицензиатом, **являющимся иностранным юридическим лицом - участником проекта международного медицинского кластера**, осуществляющим деятельность на территории международного медицинского кластера через филиал, аккредитованный в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=9FBA38602F31DB5FC8E478DD00E23F63C80057E27A2CFAE46DAADED1BF8934A4A59F1AD7D55668BD9B0C02989DF2F93C80A8D4A3p8U1I) "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" | | | |
| 10.1 | наименование иностранного юридического лица |  | |  |
| 10.2 | наименование филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=638BD543E129DD78BEE920299F75CDA289041EE357E3D05F560C6B019D56E2D0D992328B67A189C49C658C8E34MCT5I) от 9 июля 1999 года № 160-ФЗ "Об иностранных инвестициях в Российской Федерации" |  | |  |
| 10.3 | номер записи аккредитации |  | |  |
| 10.4 | дата аккредитации |  | |  |
| 10.5 | идентификационный номер налогоплательщика и |  | |  |
| код причины постановки на учет |  | |  |
| 11 | Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности | Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, принявшего решение)  Реквизиты документа | | |
| 12 | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности.  Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений  *(п. 12 заполняется при изменении адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  Виды выполняемых работ,  оказываемых услуг: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085) |
| 13 | При прекращении деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии | | | |
| 13.1 | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность (*с указание почтового индекса*) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности,  с указание почтового индекса) | |
| 13.2 | Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии | |  | |
| 14 | При прекращении деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и указанных в лицензии | | | |
| 14.1 | Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности.  Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (*с указание почтового индекса*) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, с указание почтового индекса)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085) | |
| 14.2 | Дата фактического прекращения выполнения лицензиатом указанных в лицензии работ, услуг | |  | |
| 15 | Контактный телефон | |  | |
| Факс | |  | |
| Адрес электронной почты  *(в случае если имеется)* | |  | |
| 16 | Информация по вопросам лицензирования *(указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)* | | Адрес электронной почты: | |
| 17 | Форма получения уведомления о переоформлении лицензии  (нужное подчеркнуть) | | На бумажном носителе лично.  На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.  В форме электронного документа | |
| 18 | Получение выписки из реестра лицензий (нужное подчеркнуть) | | Не требуется.  Требуется:  - в электронном виде  - на бумажном носителе | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, иностранного юридического лица, филиала иностранного юридического лица, аккредитованного в соответствии с Федеральным законом «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации»)  действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (документ, подтверждающий полномочия)  просит переоформить лицензию на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.  Достоверность представленных документов подтверждаю. | | | | | | | | | |
| Представитель организации-заявителя | | | | |  | |  |  |  |
|  | | | | |  | | (подпись) |  | (инициалы, фамилия) |
| Место печати | | | | | | | | | |
| " |  | " |  | 20 | |  | года | | |

Приложение

к заявлению о переоформлении лицензии  
на осуществление деятельности по обороту  
наркотических средств, психотропных веществ  
и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

Опись документов

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Настоящим удостоверяется, что лицензиат | | | | | | | | |  | | / |
|  | | | | | | | | | (наименование лицензиата) | | |
| представитель лицензиата | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | (должность, фамилия, имя, отчество) | | | | | | |
| представил, а лицензирующий орган - Комитет по здравоохранению Ленинградской области принял | | | | | | | | | | | |
| " |  | " |  | 20 | |  | года № |  | | нижеследующие документы для переоформления | |
| лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений: | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | | | | | Наименование документа | | | | | | | | Количество листов | |
| 1 | | | | | Заявление о переоформлении лицензии | | | | | | | |  | |
| 2 | | | | | Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование | | | | | | | |  | |
| Документы сдал лицензиат/представитель лицензиата | | | | | | | | | |  | Документы принял | |
| по доверенности № | | | | |  | | | |  |  |  | |
| от " |  | " |  | | | 20 |  | года | |  | (должность, подпись, инициалы, фамилия) | |
|  | | | | | | | | | |  |  | |
| (должность, подпись, инициалы, фамилия) | | | | | | | | | |  |  | |

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

к приказу Комитета

по здравоохранению

Ленинградской области

от 31 мая 2018 г.№ 08

|  |  |
| --- | --- |
|  | В КОМИТЕТ ПО  ЗДРАВООХРАНЕНИЮ  ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (полное наименование заявителя) |

УВЕДОМЛЕНИЕ

о намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность

на территории Ленинградской области

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Организационно-правовая форма/вид предпринимательства |  |
| Полное наименование юридического лица. |  |
| Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество  Данные документа,  удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 2 | Сокращенное наименование (в случае, если имеется) |  |
| 3 | Фирменное наименование (в случае, если имеется) |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица;  Место жительства индивидуального  предпринимателя (с указанием почтового индекса) |  |
| 5 | Лицензируемый вид деятельности | фармацевтическая  деятельность |
| 6 | Адрес(а) мест(а) осуществления деятельности, на котором(ых) лицензиат намерен осуществлять лицензируемый вид деятельности  Перечень работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, по указанному адресу | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1081) |
| 7 | Дата предполагаемого начала осуществления деятельности |  |
| 8 | Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении лицензируемого вида деятельности по адресу, не указанному в лицензии | Указаны в прилагаемом заявлении о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности |
| 9 | Контактный телефон |  |
| Факс |  |
| 10 | Адрес электронной почты (при наличии) |  |
| 11 | Форма получения уведомления о переоформлении лицензии  (нужное подчеркнуть) | На бумажном носителе лично.  На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.  В форме электронного документа |
| 12 | Получение выписки из реестра лицензий (нужное подчеркнуть) | Не требуется.  Требуется:  - в электронном виде  - на бумажном носителе |

\* Нужное указать.

Руководитель организации-заявителя, индивидуальный предприниматель:

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

(ФИО, подпись)

М.П. "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Приложение:

1. Заявление о переоформлении лицензии.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

к приказу Комитета

по здравоохранению

Ленинградской области

от №

|  |  |
| --- | --- |
|  | В КОМИТЕТ ПО  ЗДРАВООХРАНЕНИЮ  ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (полное наименование заявителя) |

УВЕДОМЛЕНИЕ

о намерении лицензиата осуществлять деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ, культивированию наркосодержащих растений на территории Ленинградской области

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Организационно-правовая форма |  |
| Полное наименование юридического лица |  |
| 2 | Сокращенное наименование (в случае, если имеется) |  |
| 3 | Фирменное наименование (в случае, если имеется) |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица |  |
| 5 | Лицензируемый вид деятельности | деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ, культивированию наркосодержащих растений |
| 6 | Адрес(а) мест(а) осуществления деятельности, на котором(ых) лицензиат намерен осуществлять лицензируемый вид деятельности  Перечень работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, по указанному адресу | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать работы и услуги согласно приложению к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 года № 1085) |
| 7 | Дата предполагаемого начала осуществления деятельности |  |
| 8 | Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении лицензируемого вида деятельности по адресу, не указанному в лицензии | Указаны в прилагаемом заявлении о переоформлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ, культивированию наркосодержащих растений |
| 9 | Контактный телефон |  |
| Факс |  |
| 10 | Адрес электронной почты (при наличии) |  |
| 11 | Форма получения уведомления о переоформлении лицензии  (нужное подчеркнуть) | На бумажном носителе лично.  На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.  В форме электронного документа |
| 12 | Получение выписки из реестра лицензий (нужное подчеркнуть) | Не требуется.  Требуется:  - в электронном виде  - на бумажном носителе |

\* Нужное указать.

Руководитель организации-заявителя:

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

(ФИО, подпись)

М.П. "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Приложение:

1. Заявление о переоформлении лицензии.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

к приказу Комитета

по здравоохранению

Ленинградской области

от №

|  |
| --- |
| В КОМИТЕТ ПО  ЗДРАВООХРАНЕНИЮ  ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (полное наименование заявителя) |

УВЕДОМЛЕНИЕ

о намерении лицензиата осуществлять медицинскую

деятельность (за исключением указанной деятельности,

осуществляемой медицинскими организациями и другими

организациями, входящими в частную систему

здравоохранения, на территории инновационного центра

"Сколково") на территории Ленинградской области

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Организационно-правовая форма/вид предпринимательства |  |
|  | Полное наименование юридического лица. |  |
|  | Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество  Данные документа,  удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя |  |
| 2 | Сокращенное наименование (в случае если имеется) |  |
| 3 | Фирменное наименование (в случае, если имеется) |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса) |  |
|  | место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса) |  |
| 5 | Лицензируемый вид деятельности | медицинская деятельность  (за исключением указанной деятельности, осуществляемой  медицинскими организациями и другими организациями,  входящими в частную систему здравоохранения,  на территории инновационного центра "Сколково") |
| 6 | Адрес места осуществления деятельности, где лицензиат намерен осуществлять деятельность |  |
|  | Перечень работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, по указанному адресу |  |
| 7 | Дата предполагаемого начала осуществления деятельности |  |
| 8 | Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении лицензируемого вида деятельности по адресу, не указанному в лицензии | Указаны в прилагаемом заявлении о переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности |
| 9 | Контактный телефон, факс |  |
| 10 | Адрес электронной почты (при наличии) |  |
| 11 | Форма получения уведомления о переоформлении лицензии  (нужное подчеркнть) | На бумажном носителе лично.  На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.  В форме электронного документа |
| 12 | Получение выписки из реестра лицензий (нужное подчеркнуть) | Не требуется.  Требуется:  - в электронном виде  - на бумажном носителе |

Руководитель организации-заявителя:

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

(ФИО, подпись)

М.П. "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Приложение:

1. Заявление о переоформлении лицензии