

КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

19.03.2013 № 8

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 медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение 1);

- Заявление о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность (приложение 2);

- Заявление о предоставлении лицензии на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (приложение 3);

- Заявление о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (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);

- Заявление о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими

организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») (приложение 7);

- Заявление о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность (приложение 8);

- Заявление о переоформлении лицензии на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (приложение 9).

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

- 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 10);

- Уведомление о намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность на территории Ленинградской области (приложение 11);

- Уведомление о намерении лицензиата осуществлять деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений на территории Ленинградской области (приложение 12).

3. Признать утратившим силу приказ Комитета от 2 марта 2012 года №7 «Об утверждении форм заявлений, используемых комитетом по здравоохранению Ленинградской области в процессе лицензирования отдельных видов деятельности».

Председатель комитета



А.А. Лобжанидзе

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Заявление
о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими
организациями и другими организациями, входящими в частную систему
здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)
(далее — медицинская деятельность)

1.	Организационно-правовая форма	
	полное наименование юридического лица	
	фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя	
	данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; Адрес места жительства индивидуального предпринимателя	
5.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса); Сведения о зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре)	<u>Реквизиты документов:</u>
6.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателей в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ N _____

	Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	
8.	Идентификационный номер налогоплательщика	
9..	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ N _____
10	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений, и (или) помещений, необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)	Санитарно-эпидемиологическое заключение № _____, от _____, выдано _____ (наименование Территориального отдела Управления Роспотребнадзора)
11	Сведения о документе, подтверждающем уплату государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Платежное поручение № _____ Дата оплаты _____ Сумма гос. пошлины _____ Наименование плательщика _____ _____
11	Контактный телефон, факс	
12	Адрес электронной почты (при наличии)	
13	Форма получения лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)

в лице _____
(ФИО, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица (иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица) либо индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

просит предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.
Руководитель организации-заявителя, индивидуальный предприниматель

_____ ФИО, подпись

М.П.

"__" _____ 20__ г.

Перечень заявляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность:

(Наименование юридического лица или ФИО индивидуального предпринимателя)

По адресу места осуществления медицинской деятельности: _____

(указывается для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

N п/п	Работы (услуги):	Примечание

Руководитель организации-заявителя
(Индивидуальный предприниматель) _____ ФИО, подпись

МП " _ " _____ 201 г.

**Сведения о государственной регистрации медицинских изделий
(оборудования, аппаратов, приборов, инструментов),
необходимых для выполнения соискателем лицензии заявленных работ (услуг)**

Наименование оборудования, аппаратов, приборов, инструментов	Сведения о документе, подтверждающем государственную регистрацию
	№ _____ от _____, срок действия _____
	№ _____ от _____, срок действия _____

Регистрационный номер _____
заполняет лицензирующий орган

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что _____
Наименование юридического лица/ фамилия, имя и отчество индивидуального предпринимателя

в лице представителя соискателя лицензии представил, а лицензирующий орган
Комитет по здравоохранению Ленинградской области
наименование лицензирующего органа

принял от соискателя лицензии " _____ " _____ 201 ____ г.
за № _____ нижеследующие документы **для предоставления лицензии** на медицинскую
деятельность,

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность с приложениями		
2.	Копии учредительных документов юридического лица, засвидетельствованные в нотариальном порядке		
3.	Копии документов, подтверждающие наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений, и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним		
4.	Копии документов, подтверждающие наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)		
5.	Копии документов, подтверждающие наличие у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности: - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения; - сертификата специалиста - дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности « организация здравоохранения и общественное здоровье » - стажа работы по специальности не менее 5 лет Копии документов, подтверждающие наличие у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность: - высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения; - сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием); - стажа работы по специальности не менее 5 лет		
6.	Копии документов, подтверждающие наличие у индивидуального предпринимателя: - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения;		

	<p>образованием в сфере здравоохранения, а при намерении осуществлять доврачебную помощь – среднего медицинского образования; - сертификата специалиста по соответствующей специальности;</p> <p>Копия документа, подтверждающего стаж работы по специальности: - не менее 5 лет – при наличии высшего медицинского образования; - не менее 3 лет – при наличии среднего медицинского образования;</p>		
7.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием)		
8.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) необходимого профессионального образования и (или) квалификации либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующего вида деятельности;		
9.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование.		

Документы принял:

Должность сотрудника

ФИО,

Подпись

М.П.

Лицензирующего органа

Документы сдал соискатель лицензии:

Руководитель соискателя лицензии или
индивидуальный предприниматель
Представитель соискателя лицензии по
доверенности

№ _____

от " __ " _____

Подпись заявителя

М.П.

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В КОМИТЕТ ПО
ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ
НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**
(для юридического лица или индивидуального предпринимателя)

1.	Организационно-правовая форма	
	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 (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер (основной) - для юридического лица; Государственный регистрационный номер (основной) записи о государственной регистрации - для индивидуального предпринимателя.	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____ _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке	Выдан _____ (орган, выдавший документ)

соискателя лицензии (юридического лица) на учет в налоговом органе	Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
<p>9. Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса).</p> <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые соискатель лицензии намерен исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p>	<p>а) Аптечные организации (в т.ч. индивидуальные предприниматели, структурные подразделения медицинских организаций):</p> <p>_____ * Аптека готовых лекарственных форм</p> <p>_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>_____ *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</p> <hr/> <p>_____ * Аптека производственная</p> <p>_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения _____ *изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения _____ *хранение лекарственных средств для медицинского применения _____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения _____ *перевозка лекарственных средств для медицинского применения _____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <hr/> <p>_____ * Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p>_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения _____ *изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения _____ *хранение лекарственных средств для медицинского применения _____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения _____ *перевозка лекарственных средств для медицинского применения _____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>

_____ * **Аптечный пункт**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для
медицинского применения

_____ *хранение лекарственных препаратов для медицинского
применения

_____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского
применения

_____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского
применения

_____ * **Аптечный киоск**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для
медицинского применения

_____ *хранение лекарственных препаратов для медицинского
применения

_____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского
применения

б) Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:

_____ * **Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *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

_____ * **Амбулатория**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для
медицинского применения

_____ *хранение лекарственных препаратов для медицинского
применения

_____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского
применения

_____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского

		<p>применения</p> <p>_____ * Фельдшерский пункт</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ *хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ * Фельдшерско-акушерский пункт</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ *хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ * в) Иные организации, осуществляющие обращение лекарственных препаратов</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ *хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
10.	Контактный телефон	
	Факс	
11.	Адрес электронной почты (в случае, если имеется):	
12.	Форма получения лицензии	<p>_____ *На бумажном носителе лично</p> <p>_____ *На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p>_____ *В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)</p>

<*> Нужно указать

Сведения, подтверждающие соответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям при выполнении данных работ, оказании услуг по указанному адресу осуществления

фармацевтической деятельности в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности» :

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

Регистрационный № _____ лицензии от « _____ » _____ 20__ г.,
предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

2. 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):

Свидетельство о праве собственности/Договор аренды _____ :
Серия _____ № _____ от _____ на площадь _____.

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:

Санитарно-эпидемиологическое заключение № _____, от _____,
Бланк № _____, выдано _____.
(наименование Территориального отдела Управления Роспотребнадзора)

4. Сведения о документе, подтверждающем факт уплаты государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины:

Платежное поручение № _____ от _____ 20__ г.; на сумму _____;
Наименование плательщика _____.

лице _____,
(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица, либо индивидуального предпринимателя)
действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

просит предоставить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

Представитель организации-заявителя/
Индивидуальный предприниматель

« _____ » _____ 20__ г

М.П.

_____ (Ф.И.О.)

_____ (Подпись)

Приложение
к заявлению о предоставлении
лицензии на осуществление
фармацевтической деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии _____
(наименование соискателя лицензии)
представитель соискателя лицензии _____
(должность, ФИ.О.)
представил, а лицензирующий
орган **Комитет по здравоохранению Ленинградской области**
(наименование лицензирующего органа)
принял “ ___ ” _____ 20__ г. за № _____ нижеследующие документы
для **предоставления лицензии** на осуществление фармацевтической деятельности

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о предоставлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности	
2	Копии учредительных документов юридического лица, засвидетельствованные в нотариальном порядке	
3	Копии документов , подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений , соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций)	
4	Копии документов , подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности (за исключением медицинских организаций)	
5	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	
6	Копии документов или заверенные в установленном порядке выписки из документов, подтверждающие наличие необходимого стажа работы по специальности у руководителя организации , деятельность которого непосредственно связана с розничной торговлей лекарственными препаратами, их отпуск, хранением, перевозкой и изготовлением	
7	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование	
8	Копия лицензии на осуществление медицинской деятельности (для медицинских организаций)	

Документы сдал
соискатель лицензии/
представитель соискателя лицензии:

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В КОМИТЕТ ПО
ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ
НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО ОБОРОТУ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ,
ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ И ИХ ПРЕКУРСОРОВ, КУЛЬТИВИРОВАНИЮ
НАРКОСОДЕРЖАЩИХ РАСТЕНИЙ**

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.	Государственный регистрационный номер (основной) - для юридического лица	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Выдан _____ (орган, выдавший документ)
		Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____ _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии (юридического лица) на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ)
		Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____ _____
9.	Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности. Перечень работ и услуг, составляющих	_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

	<p>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</p>	<p>(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 22.12.2011 № 1085)</p>
10.	<p>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 помещений и земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним</p>	<p>Реквизиты документов:</p>
11.	<p>Сведения о наличии заключений органа по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, предусмотренных абзацем третьим пункта 3 статьи 10 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах»</p>	<p>Реквизиты заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются 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:</p>
12.	<p>Сведения о наличии заключений органа по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, предусмотренных абзацем пятым пункта 3 статьи 10 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах»</p>	<p>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, психотропным веществам, внесенным в Список I прекурсоров или культивируемым наркосодержащим растениям, 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:</p>
13.	<p>Сведения о наличии заключений органа по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, предусмотренных абзацем третьим пункта 7 статьи 30 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах»</p>	<p>Реквизиты заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ об отсутствии у работников, которые в силу своих служебных обязанностей получают доступ непосредственно к прекурсоров, непогашенной или неснятой судимости за преступление средней тяжести, тяжкое и особо тяжкое преступление или преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров либо с незаконным культивированием наркосодержащих растений, в том числе совершенное за</p>

		пределами Российской Федерации:
14.	Сведения о документе, подтверждающем уплату государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Платежное поручение № _____ от _____ 20__ г.; на сумму _____; Наименование плательщика _____.
15.	Контактный телефон	
	Факс	
16.	Адрес электронной почты (в случае, если имеется):	
17.	Форма получения лицензии	_____* На бумажном носителе лично _____* На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении _____* В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)

<*> Нужно указать.

В лице _____,
(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица)

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

« _____ » _____ 20__ г

(Ф.И.О.)

(Подпись)

М.П.

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 _____
(должность, ФИ.О.)
представил, а лицензирующий

орган _____ **Комитет по здравоохранению Ленинградской области** _____
(наименование лицензирующего органа)

принял " ____ " _____ 20__ г. за № _____ нижеследующие документы

для предоставления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений	
2	Копии учредительных документов юридического лица, засвидетельствованные в нотариальном порядке	
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 не 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	
5	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 <u>Списки I - III</u> перечня, прекурсоров, внесенных в <u>Список I</u> перечня, и культивирования наркосодержащих растений	
6	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, психотропным веществам, а также прекурсорам, внесенным в <u>Список I</u> и <u>таблицу I</u> списка <u>IV</u> перечня, или культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом	
7	Копии документов об образовании лиц , осуществляющих деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в <u>Список I-III</u> перечня, прекурсоров, внесенных в <u>Список I</u> перечня, а также о квалификации фармацевтических и медицинских работников	

8	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование	
---	--	--

Документы сдал
соискатель лицензии/
представитель соискателя лицензии:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

М.П.

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Заявление
о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность
(за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими
организациями и другими организациями, входящими в частную систему
здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)
(далее — медицинская деятельность)

№ _____ от _____, предоставленной

_____ (наименование лицензирующего органа)

В СВЯЗИ С:

- _____ <*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования
_____ <*> реорганизацией юридических лиц в форме слияния
_____ <*> изменением наименования юридического лица
_____ <*> изменением места нахождения юридического лица
_____ <*> изменением 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 лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
<*> Нужно подчеркнуть.

	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате	Новые сведения о лицензиате (правопреемнике)
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		

2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)		
3.	Фирменное наименование		
4.	Адрес места нахождения юридического лица, Адрес места жительства индивидуального предпринимателя.		
5.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности		
6.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей. Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ N _____	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ N _____
8.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ N _____	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ N _____
9.	Идентификационный номер налогоплательщика		
10.	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ N _____	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ N _____
11.	Контактный телефон, факс		
12.	Адрес электронной почты (при наличии)		
13.	Форма получения переоформленной лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным	

		почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)
14.	Сведения о документе, подтверждающем уплату государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Платежное поручение № _____ Дата оплаты _____ Сумма гос. пошлины _____ Наименование плательщика _____ _____

в лице _____
(ФИО, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица (иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица) либо индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление медицинской деятельности

Достоверность представленных документов подтверждаю.

Руководитель организации-заявителя, индивидуальный предприниматель:

(ФИО, подпись)

М.П. " __ " _____ 201_ г.

Регистрационный номер _____
заполняет лицензирующий орган

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что _____
Наименование юридического лица/

_____ фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя

в лице представителя соискателя лицензии (лицензиата) представил, а лицензирующий орган -
Комитет по здравоохранению Ленинградской области
наименование лицензирующего органа

принял от соискателя лицензии (лицензиата) " _____ " _____ 201_ г.
за N _____ нижеследующие документы для переоформления лицензии на медицинскую
деятельность

N п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность		
2.	Оригинал действующей лицензии		
3.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование.		

Документы принял:

Должность сотрудника

Фамилия

Имя

Отчество

Подпись

Документы сдал лицензиат:

Руководитель лицензиата или
индивидуальный предприниматель
Представитель соискателя лицензии
(лицензиата) по доверенности

N _____

от " ___ " _____

М.П.
Лицензирующего органа

Подпись _____ М.П. заявителя

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В КОМИТЕТ ПО
ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПЕРЕОФОРМЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ
НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**

Регистрационный № _____ лицензии от « _____ » _____ 20__ г.,

предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

Регистрационный № _____ лицензии от « _____ » _____ 20__ г.,

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 лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности

<*> Нужно 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.		
	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.	<p>Адрес места нахождения юридического лица</p> <p>Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)</p>		
5.	<p>Государственный регистрационный номер (основной) - для юридического лица;</p> <p>Государственный регистрационный номер (основной) записи о государственной регистрации - для индивидуального предпринимателя.</p>		
6.	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей</p> <p>Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию</p>	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p> <p>Адрес _____</p>	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p> <p>Адрес _____</p>
7.	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в сведения о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей</p> <p>Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию</p>	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p> <p>Адрес _____</p>	
	Идентификационный номер налогоплательщика		
9.	Данные документа о постановке лицензиата (юридического лица) на учет в налоговом органе	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p> <p>Адрес _____</p>	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p> <p>Адрес _____</p>
10.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности	<p>_____</p> <p>(орган, принявший решение)</p> <p>Реквизиты документа _____</p>	

11.	Сведения о документе, подтверждающем уплату государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Платежное поручение № _____ от _____ 20__ г.; на сумму _____; Наименование плательщика _____.	
12.	<p>Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности</p> <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p>	<p>а) Аптечные организации (в т.ч. индивидуальные предприниматели, структурные подразделения медицинских организаций):</p> <p>_____ *Аптека готовых лекарственных форм</p>	<p>а) Аптечные организации (в т.ч. индивидуальные предприниматели, структурные подразделения медицинских организаций):</p> <p>_____ *Аптека готовых лекарственных форм</p>
		<p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>	<p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
		<p>_____ *Аптека производственная</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>	<p>_____ *Аптека производственная</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
		<p>_____ *Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>	<p>_____ *Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
		<p>_____ * Аптечный пункт</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>	<p>_____ * Аптечный пункт</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
		<p>_____ * Аптечный киоск</p>	<p>_____ * Аптечный киоск</p>

	(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)		(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)
	<p>б) Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p>_____ * Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>		<p>б) Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p>_____ * Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
	<p>_____ * Амбулатория</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>		<p>_____ * Амбулатория</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
	<p>_____ * Фельдшерский пункт</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>		<p>_____ * Фельдшерский пункт</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
	<p>_____ * Фельдшерско-акушерский пункт</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>		<p>_____ * Фельдшерско-акушерский пункт</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
	<p>в) Иные организации, осуществляющие обращение лекарственных препаратов</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>		<p>в) Иные организации, осуществляющие обращение лекарственных препаратов</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
13.	Контактный телефон		

	Факс	
14.	Адрес электронной почты (при наличии)	
15.	Форма получения переоформленной лицензии	<input type="checkbox"/> *На бумажном носителе лично <input type="checkbox"/> *На бумажном носителе направить заказным почтовым отправление с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> *В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)

<*> **Нужное указать.**

в лице _____,
 (Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица, либо индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____,
 (документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

Представитель организации-заявителя/
 Индивидуальный предприниматель

« _____ » _____ 20__ г

 (Ф.И.О.)

 (Подпись)

М.П.

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиата _____
(наименование лицензиата)

представитель лицензиата _____
(должность, Ф.И.О.)

представил, а лицензирующий
орган **Комитет по здравоохранению Ленинградской области**
(наименование лицензирующего органа)

принял " ____ " _____ 20 ____ г. за № _____
нижеследующие документы
для **переоформления лицензии** на осуществление фармацевтической деятельности

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 лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности

<*> Нужно указать

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность	
2.	Оригинал действующей лицензии	
3.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование.	

Документы сдал

лицензиат/представитель лицензиата:

Документы принял

должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

В КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Заявление

О переоформлении лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)
(далее — медицинская деятельность)

№ _____, от _____

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) при осуществлении медицинской деятельности по адресу, указанному в лицензии
_____ <*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;
_____ <*> прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;

<*> **Нужное подчеркнуть.**

1.	Организационно-правовая форма	
	полное наименование юридического лица;	
	фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество Индивидуального предпринимателя; данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2.	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; Место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	

5. При намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии;

5.1	<p>Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, не указанный в лицензии (с указанием почтового индекса);</p> <p>Перечень работ (услуг), которые планируется выполнять по указанному адресу</p>	
-----	--	--

6. При намерении внести изменения в перечень выполняемых работ (оказываемых услуг) по адресу, указанному в лицензии;

6.1	<p>Перечень новых работ (услуг), которые планируется выполнять</p> <p>Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, на котором лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги)</p>	
-----	---	--

7. При прекращении деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии

7.1	<p>Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность</p> <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие медицинскую деятельность</p>	
7.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	

8. При прекращении деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

8.1	<p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять</p> <p>Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности</p>	
8.2	Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения, указанных в лицензии работ, услуг	

9.	<p>Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица</p> <p>Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя</p>	
----	--	--

10.	<p>Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице (индивидуальном предпринимателе) в Единый государственный реестр юридических лиц (индивидуальных предпринимателей)</p>	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____</p> <p>N _____</p>
-----	---	---

	Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	
11.	Идентификационный номер налогоплательщика	
12.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ N _____
13.	Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении лицензируемого вида деятельности	* Указываются в случае заполнения п.5, 6 заявления
14.	Контактный телефон факс	
15.	Адрес электронной почты (при наличии)	
16.	Форма получения переоформленной лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)

• Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении лицензируемого вида деятельности в соответствии с п. 8 Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково», утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года № 291:

1. Сведения о зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре):

2. Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений, и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг):

Санитарно-эпидемиологическое заключение № _____, от _____,
выдано _____
(наименование Территориального отдела Управления Роспотребнадзора)

3. Сведения о документе, подтверждающем уплату государственной пошлины за предоставление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины

Платежное поручение № _____ дата оплаты _____ сумма гос. пошлины _____ наименование плательщика _____

4. Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения лицензиатом заявленных работ (услуг):

Наименование оборудования, аппаратов, приборов, инструментов	Сведения о документе, подтверждающие государственную регистрацию
	№ _____ от _____, срок действия _____
	№ _____ от _____, срок действия _____

в лице _____
(ФИО, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица (иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица) либо индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.
Руководитель организации-заявителя, индивидуальный предприниматель:

(ФИО, подпись)

М.П. " __ " _____ 201_ г.

Регистрационный номер _____
заполняет лицензирующий орган

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что _____
Наименование юридического лица/

фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя

в лице представителя лицензиата представил, а лицензирующий орган -
Комитет по здравоохранению Ленинградской области
наименование лицензирующего органа

принял от лицензиата " _____ " _____ 201_ г.
за № _____ нижеследующие документы **для переоформления лицензии** на медицинскую деятельность

N п/п	Наименование документа	Кол-во листов	Дополнительно представлено
1.	Заявление о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность		
2.	Копии документов, подтверждающие наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений, и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним — только при заполнении пп.5, 6 заявления.		
3.	Копии документов, подтверждающие наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)- только при заполнении пп.5, 6 заявления.		
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников среднего, высшего, послевузовского и (или) дополнительного медицинского или иного необходимого для выполнения заявленных работ (услуг) профессионального образования и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) - только при заполнении пп.5, 6 заявления.		
5.	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимого профессионального образования и (или) квалификации либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующего вида деятельности - только при заполнении пп.5, 6 заявления.		
6.	Оригинал действующей лицензии		
7.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование.		

Документы принял:

Должность сотрудника

Фамилия

Имя

Отчество

Подпись

М.П.

Лицензирующего органа

Документы сдал лицензиат:

Руководитель лицензиата или индивидуальный предприниматель

Представитель лицензиата по доверенности

№ _____

от " _____ " _____

Подпись

М.П. заявителя

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В КОМИТЕТ ПО
ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПЕРЕОФОРМЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ НА
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО ОБОРОТУ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ,
ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ И ИХ ПРЕКУРСОРОВ,
КУЛЬТИВИРОВАНИЮ НАРКОСОДЕРЖАЩИХ РАСТЕНИЙ**

Регистрационный № _____ лицензии от « _____ » _____ 20__ г.,

предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

Регистрационный № _____ лицензии от « _____ » _____ 20__ г.,

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

<*> Нужно 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, с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
7.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	
8.	Идентификационный номер налогоплательщика		
9.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
10.	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности	_____ (орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
11.	Сведения о документе, подтверждающем уплату государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Платежное поручение № _____ от _____ 20__ г.; на сумму _____; Наименование плательщика _____.	
12.	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений	_____ (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 22.12.2011 № 1085)	
13.	Контактный телефон Факс		

14.	Адрес электронной почты (в случае, если имеется):	
15.	Форма получения переоформленной лицензии	<input type="checkbox"/> * На бумажном носителе лично <input type="checkbox"/> * На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> * В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)

<*> Нужно указать.

в лице _____,
(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или
иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица)

действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

просит **переоформить лицензию** на осуществление деятельности по обороту наркотических
средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих
растений.

Искренность представленных документов подтверждаю.

Представитель организации-заявителя

« _____ » _____ 20__ г

(Ф.И.О.)

(Подпись)

М.П.

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, Ф.И.О.)

_____ представил, а лицензирующий
орган Комитет по здравоохранению Ленинградской области
(наименование лицензирующего органа)

принял " ____ " _____ 20 ____ г. за № _____ нижеследующие документы

для **переоформления лицензии** на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

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

<*> Нужно указать.

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений	
2	Оригинал действующей лицензии	
3	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование.	

Документы сдал
лицензиат/представитель лицензиата:

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В КОМИТЕТ ПО
ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПЕРЕОФОРМЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ
НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**

Регистрационный № _____ лицензии от « _____ » _____ 20__ г.,

предоставленной _____
(наименование лицензирующего органа)

Регистрационный № _____ лицензии от « _____ » _____ 20__ г.,

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

_____ *прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии

_____ *прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

_____ *истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

<*> Нужно указать.

1.	Организационно-правовая форма	
	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 (с указанием почтового индекса)	
5.	Государственный регистрационный номер (основной) - для юридического лица; Государственный регистрационный номер (основной) записи о государственной регистрации - для индивидуального предпринимателя.	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7.	Контактный телефон	
	Факс	
	Адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
8.	Форма получения переоформленной лицензии	<input type="checkbox"/> *На бумажном носителе лично <input type="checkbox"/> *На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> *В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)
9.	<input type="checkbox"/> * намерением лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии	
9.1.	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	а) Аптечные организации (в т.ч. индивидуальные предприниматели, структурные подразделения медицинских организаций): <input type="checkbox"/> * Аптека готовых лекарственных форм (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <input type="checkbox"/> *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <input type="checkbox"/> *хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <input type="checkbox"/> *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <input type="checkbox"/> *перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения
		<input type="checkbox"/> * Аптека производственная (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <input type="checkbox"/> *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <input type="checkbox"/> *изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения

_____ *хранение лекарственных средств для медицинского применения
 _____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
 _____ *перевозка лекарственных средств для медицинского применения
 _____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

_____ * **Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
 _____ *изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
 _____ *хранение лекарственных средств для медицинского применения
 _____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
 _____ *перевозка лекарственных средств для медицинского применения
 _____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

_____ * **Аптечный пункт**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
 _____ *хранение лекарственных препаратов для медицинского применения
 _____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
 _____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

_____ * **Аптечный киоск**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
 _____ *хранение лекарственных препаратов для медицинского применения
 _____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

б) Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:

_____ * **Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *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

_____ * **Амбулатория**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *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

_____ * **Фельдшерский пункт**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *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

_____ * **Фельдшерско-акушерский пункт**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *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

_____ * **в) Иные организации, осуществляющие обращение
лекарственных препаратов**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

		<p>_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ *хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
10.	_____ *изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии	
10.1	<p>Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности, на котором лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги)</p>	<p>а) Аптечные организации (в т.ч. индивидуальные предприниматели, структурные подразделения медицинских организаций):</p> <p>_____ *Аптека готовых лекарственных форм</p> <p>_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ *хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <hr/> <p>_____ *Аптека производственная</p> <p>_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ *изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>_____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>_____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <hr/> <p>_____ *Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <p>_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ *изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p>

применения

_____ *хранение лекарственных средств для медицинского применения

_____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

_____ *перевозка лекарственных средств для медицинского применения

_____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

_____ * **Аптечный пункт**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

_____ *хранение лекарственных препаратов для медицинского применения

_____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

_____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

_____ * **Аптечный киоск**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

_____ *хранение лекарственных препаратов для медицинского применения

_____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

б) Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:

_____ * **Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *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

_____ * **Амбулатория**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *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

_____ * **Фельдшерский пункт**

(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *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

_____ * **Фельдшерско-акушерский пункт**

(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *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

_____ * **в) Иные организации, осуществляющие обращение лекарственных препаратов**

(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *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. _____ *прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии

11.1. Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых

а) Аптечные организации (в т.ч. индивидуальные предприниматели, структурные подразделения медицинских организаций):

лицензиат прекращает
деятельность

**Выполняемые работы,
оказываемые услуги,
составляющие фармацевтическую
деятельность в сфере обращения
лекарственных средств для
медицинского применения**

_____ * **Аптека готовых лекарственных форм**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ * **Аптека производственная**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ * **Аптека производственная с правом изготовления
асептических лекарственных препаратов**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ * **Аптечный пункт**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ * **Аптечный киоск**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

**б) Обособленные подразделения медицинских организаций,
расположенные в сельских поселениях, в которых
отсутствуют аптечные организации:**

_____ * **Центр (отделение) общей врачебной (семейной)
практики**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ * **Амбулатория**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ * **Фельдшерский пункт**

_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

		<p>_____ * Фельдшерско-акушерский пункт</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <hr/> <p>_____ * в) Иные организации, осуществляющие обращение лекарственных препаратов</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
11.2	<p>Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии</p>	
12.	<p>_____ * прекращением деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и указанных в лицензии</p>	
12.1	<p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности</p>	<p>а) Аптечные организации (в т.ч. индивидуальные предприниматели, структурные подразделения медицинских организаций):</p> <p>_____ * Аптека готовых лекарственных форм</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ *хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <hr/> <p>_____ * Аптека производственная</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ *изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>_____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>_____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>

*** Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов**

(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

_____ *изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения

_____ *хранение лекарственных средств для медицинского применения

_____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

_____ *перевозка лекарственных средств для медицинского применения

_____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

*** Аптечный пункт**

(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

_____ *хранение лекарственных препаратов для медицинского применения

_____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

_____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

*** Аптечный киоск**

(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

_____ *хранение лекарственных препаратов для медицинского применения

_____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

б) Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:

*** Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики**

(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

_____ *хранение лекарственных препаратов для медицинского применения

применения

_____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского

применения

_____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского
применения

_____ * **Амбулатория**

(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *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

_____ * **Фельдшерский пункт**

(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *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

_____ * **Фельдшерско-акушерский пункт**

(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *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

_____ * **в) Иные организации, осуществляющие обращение
лекарственных препаратов**

(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

_____ *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	
12.2	Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения, указанных в лицензии работ, услуг		
13.	_____ *истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности		
	<p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, в составе фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности</p>	<p>(Сведения о лицензиате)</p> <p>а) Аптечные организации (в т.ч. индивидуальные предприниматели, структурные подразделения медицинских организаций):</p> <p>_____ *Аптека готовых лекарственных форм</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: _____</p> <p>_____</p>	<p>а) Аптечные организации (в т.ч. индивидуальные предприниматели, структурные подразделения медицинских организаций):</p> <p>_____ *Аптека готовых лекарственных форм</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ *хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
		<p>_____ *Аптека производственная</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: _____</p> <p>_____</p>	<p>_____ *Аптека производственная</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ *изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>_____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p>

			применения _____*перевозка лекарственных средств для медицинского применения _____*перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения
	_____*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: _____ _____		_____*Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) _____*розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения _____*изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения _____*хранение лекарственных средств для медицинского применения _____*отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения _____*перевозка лекарственных средств для медицинского применения _____*перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения
	_____* Аптечный пункт _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: _____ _____		_____* Аптечный пункт _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) _____*розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения _____*хранение лекарственных препаратов для медицинского применения _____*отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения _____*перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения
	_____* Аптечный киоск _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)		_____* Аптечный киоск _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) _____*розничная торговля

	<p>Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: _____</p>	<p>лекарственными препаратами для медицинского применения _____*хранение лекарственных препаратов для медицинского применения _____*отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
	<p>б) Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p>_____ *Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <p>_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: _____</p>	<p>б) Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p>_____ *Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <p>_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>_____ *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</p>
	<p>_____ * Амбулатория</p> <p>_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: _____</p>	<p>_____ * Амбулатория</p> <p>_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>_____ *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</p>
	<p>_____ *Фельдшерский пункт</p>	<p>_____ *Фельдшерский пункт</p>

		<p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: _____</p> <p>_____</p>	<p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ *хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
		<p>_____ *Фельдшерско-акушерский пункт</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: _____</p> <p>_____</p>	<p>_____ *Фельдшерско-акушерский пункт</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ *хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
		<p>_____ * в) Иные организации, осуществляющие обращение лекарственных препаратов</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: _____</p> <p>_____</p>	<p>_____ * в) Иные организации, осуществляющие обращение лекарственных препаратов</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>_____ *розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>_____ *хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>_____ *перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>

<*> Нужно указать.

Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при выполнении данных работ, оказании услуг в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 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 п.9 заявления):

по адресу: _____:

Свидетельство о праве собственности/Договор аренды _____ :
Серия _____ № _____ от _____ на площадь _____.

2. Сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному адресу **оборудования**, соответствующих установленным требованиям, *(по каждому объекту)*
(указываются в случае заполнения п. 10 и 13 заявления):

по адресу: _____:

Наименование оборудования (марка/заводской номер/инвентарный номер)	Сведения о документах, подтверждающих право собственности (товарная накладная/ инвентаризационная опись основных ИНВ-1)
	№ _____ 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 п.9, 10 и 13 заявления):

по адресу: _____:

Ф.И.О.	Должность	Диплом	Сертификат	Стаж работы (для руководителя аптечной организации)
		Рег.№ _____ от _____ Выдан _____ по специальности _____	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 п. 9, 10 и 13 заявления):

по адресу: _____:

Ф.И.О.	Должность	Диплом	Сертификат
		Рег.№ _____ от _____ Выдан _____ 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 п. 9, 10 и 13 заявления):

по адресу: _____:

Санитарно-эпидемиологическое заключение № _____, от _____,
Ланк № _____, выдано _____.

(наименование Территориального отдела Управления Роспотребнадзора)

6. Сведения о документе, подтверждающем уплату государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины:

Платежное поручение № _____ от _____ 20__ г.; на сумму _____;
Наименование плательщика _____.

в лице _____,
(Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица, либо индивидуального предпринимателя)

действующего на основании _____,
(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

Представитель организации-заявителя/
Индивидуальный предприниматель

« _____ » _____ 20__ г

М.П.

(Ф.И.О.)

(Подпись)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат _____
(наименование лицензиата)
представитель лицензиата _____
(должность, Ф.И.О.)
представил, а лицензирующий
орган **Комитет по здравоохранению Ленинградской области**
(наименование лицензирующего органа)
принял “ ___ ” _____ 20__ г. за № _____ нижеследующие документы

для **переоформления лицензии** на осуществление фармацевтической деятельности

В связи с:

- _____ *изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии
- _____ *прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
- _____ *прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности
- _____ *истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

<*> Нужно указать

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность	
2.	Оригинал действующей лицензии	
3.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование.	

Документы сдал

лицензиат/представитель лицензиата:

Документы принял

должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат _____
(наименование лицензиата)

представитель лицензиата _____
(должность, Ф.И.О.)

представил, а лицензирующий
орган **Комитет по здравоохранению Ленинградской области**
(наименование лицензирующего органа)

принял “ ___ ” _____ 20 ___ г. за № _____ нижеследующие документы

для **переоформления лицензии** на осуществление фармацевтической деятельности

В связи с:

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

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1.	Заявление о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность	
2.	Оригинал действующей лицензии	
3.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности помещений , соответствующих установленным требованиям, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций)	
4.	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимого для осуществления фармацевтической деятельности оборудования , соответствующих установленным требованиям	
5.	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование.	

Документы сдал

лицензиат/представитель лицензиата:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Документы принял

должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

М.П.

Регистрационный номер: _____ от _____
(заполняется лицензирующим органом)

**В КОМИТЕТ ПО
ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПЕРЕОФОРМЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ
НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО ОБОРОТУ НАРКОТИЧЕСКИХ
СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ И ИХ ПРЕКУРСОРОВ,
КУЛЬТИВИРОВАНИЮ НАРКОСОДЕРЖАЩИХ РАСТЕНИЙ**

Регистрационный № _____ лицензии от « _____ » _____ 20 _____ г.,

предоставленной _____

(наименование лицензирующего органа)

Регистрационный № _____ лицензии от « _____ » _____ 20 _____ г.,

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;

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

_____ * прекращением деятельности выполняемых работ и оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности;

_____ * истечением срока действия лицензии (лицензий), на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

<*> Нужно указать.

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.	Контактный телефон	
	Факс	
	Адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
8.	Форма получения переоформленной лицензии	<input type="checkbox"/> * На бумажном носителе лично <input type="checkbox"/> * На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <input type="checkbox"/> * В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)
9.	<input type="checkbox"/> * намерением лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии	
9.1.	<p>Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности.</p> <p>Сведения о работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений</p> <p><i>(при выполнении работ (оказании услуг), предусмотренных пунктами 2, 3, 11, 15, 16, 23, 27, 28, 39, 43, 44, 55, 63 приложения к Положению о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 1085- с указанием конкретных наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня, и прекурсоров, внесенных в список I и таблицу I списка IV перечня)</i></p>	<p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>_____</p> <p><i>(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 22.12.2011 № 1085)</i></p>
9.2	<p>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, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений и земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним</p>	Реквизиты документов: _____
9.3	<p>Сведения о наличии заключений органа по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных</p>	Реквизиты заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ о соответствии объектов и помещений, в которых

	<p>веществ, предусмотренных абзацем третьим пункта 3 статьи 10 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах»</p>	<p>осуществляются 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</p>
9.4	<p>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, прекурсоров, внесенных в Список I перечня, и культивирования наркосодержащих растений</p>	<p>Реквизиты сертификата:</p>
10.	<p>* изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии</p>	
10.1	<p>Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений</p> <p>Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности, на котором лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги)</p>	<p><i>(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 22.12.2011 № 1085)</i></p> <p><i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p>
	<p>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, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений и земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (указать при намерении выполнять работу (оказывать услугу по культивированию наркосодержащих растений), ранее не указанную в</p>	<p>Реквизиты документов:</p>

	<i>лицензии)</i>	
	Сведения о наличии заключений органа по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, предусмотренных абзацем третьим пункта 3 статьи 10 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах» <i>(указать при намерении выполнять работу (оказывать услугу по культивированию наркосодержащих растений), ранее не указанную в лицензии)</i>	Реквизиты заключения органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются 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
11.	_____* прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	
11.1	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений	<hr/> <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i> <hr/> <i>(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 22.12.2011 № 1085)</i>
11.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	
12.	_____* прекращением деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и указанных в лицензии	
12.1	Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности	<hr/> <i>(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 22.12.2011 № 1085)</i> <hr/> <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i>
12.2	Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения, указанных в лицензии работ, услуг	
13.	_____* истечением срока действия лицензии (лицензий), на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности	

13.1	Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности	(Сведения о лицензиате)	(Новые сведения о лицензиате) <i>(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 22.12.2011 № 1085)</i> <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i>
	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, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений помещений и земельных участков, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (указать при намерении выполнять работу (оказывать услугу по культивированию наркосодержащих растений), ранее не указанную в лицензии)		
	Сведения о наличии заключений органа по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, предусмотренных абзацем третьим пункта 3 статьи 10 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах» (указать при намерении выполнять работу (оказывать услугу по культивированию наркосодержащих растений), ранее не указанную в лицензии)		
14.	Сведения о документе, подтверждающем уплату государственной пошлины за переоформление лицензии, либо иные сведения, подтверждающие факт уплаты указанной государственной пошлины	Платежное поручение № _____ от _____ 20__ г.; на сумму _____; Наименование плательщика _____	

<*> Нужно указать.

в лице _____,
 (Ф.И.О., должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица)

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

« _____ » _____ 20__ г

(Ф.И.О.)

(Подпись)

М.П.

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат _____
(наименование лицензиата)

представитель лицензиата _____
(должность, Ф.И.О.)

_____ представил, а лицензирующий
орган **Комитет по здравоохранению Ленинградской области**
(наименование лицензирующего органа)

принял " ____ " _____ 20 ____ г. за № _____ нижеследующие документы

для **переоформления лицензии** на осуществление деятельности по обороту наркотических средств,
психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

В связи с:

_____ *прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления
деятельности, указанным в лицензии

_____ *прекращением деятельности выполняемых работ и оказываемых услуг, составляющих
лицензируемый вид деятельности

<*> Нужно указать.

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление на переоформление лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений	
2	Оригинал действующей лицензии	
3	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование.	

Документы сдал
лицензиата/представитель лицензиата:

(Ф.И.О., должность, подпись)

Документы принял
должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

М.П.

Приложение № 2
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, Ф.И.О.)

представил, а лицензирующий
орган _____

Комитет по здравоохранению Ленинградской области

(наименование лицензирующего органа)

принял " ____ " _____ 20__ г. за № _____ нижеследующие документы

для **переоформление лицензии** на осуществление деятельности по обороту наркотических средств,
психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

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

____* истечением срока действия лицензии (лицензий), на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

<*> Нужно указать.

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление на переоформление лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений	
2	Оригинал действующей лицензии	
3	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, земельных участков, права на которые не 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	
5	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование.	

Документы сдал

лицензиат/представитель лицензиата:

(Ф.И.О., должность, подпись)

(реквизиты доверенности)

Документы принял

должностное лицо лицензирующего органа:

(Ф.И.О., должность, подпись)

М.П.

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 и 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	
4.	Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса); место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Лицензируемый вид деятельности	
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 заявлении на переоформление лицензии
11.	Контактный телефон, факс	

12.	Адрес электронной почты (при наличии)	
13.	Форма получения переоформленной лицензии	<*> На бумажном носителе лично <*> На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении <*> В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)

Руководитель организации-заявителя, индивидуальный предприниматель:

(ФИО, подпись)

М.П. " _ " _____ 201_ г.

Приложение:

1. Заявление о переоформлении лицензии;

**В КОМИТЕТ ПО
ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

(полное наименование заявителя)

**УВЕДОМЛЕНИЕ
о намерении лицензиата осуществлять фармацевтическую деятельность
на территории Ленинградской области**

1.	Организационно-правовая форма	
	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	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; Место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Лицензируемый вид деятельности	фармацевтическая деятельность
6.	Адрес места осуществления деятельности, которые лицензиат намерен осуществлять 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 фармацевтической деятельности
11.	Контактный телефон	
	Факс	
12.	Адрес электронной почты (при наличии)	
13.	Форма получения переоформленной лицензии	___ * На бумажном носителе лично ___ * На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении ___ * В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)

Руководитель организации-заявителя, индивидуальный предприниматель:

(ФИО, подпись)

М.П.

" ____ " _____ 20 ____ г.

Приложение :

1. Заявление о переоформлении лицензии;
2. Оригинал лицензии.

**В КОМИТЕТ ПО
ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

(полное наименование заявителя)

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

1.	Организационно-правовая форма	
	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	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; Место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5.	Лицензируемый вид деятельности	деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений
6.	Адрес места осуществления деятельности, которые лицензиат намерен осуществлять 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 фармацевтической деятельности
11.	Контактный телефон	
	Факс	
12.	Адрес электронной почты (при наличии)	
13.	Форма получения переоформленной лицензии	<input type="checkbox"/> * На бумажном носителе лично <input type="checkbox"/> * На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с

		уведомлением о вручении * В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)
--	--	---

Руководитель организации-заявителя, индивидуальный предприниматель:

(ФИО, подпись)

М.П.

" ____ " _____ 20__ г.

Приложение :

1. Заявление о переоформлении лицензии;
2. Оригинал лицензии.