

КОМИТЕТ  
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ  
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

18.02.2016 № 5

Санкт-Петербург

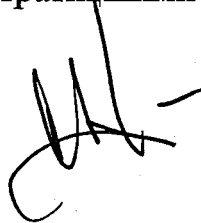
О внесении изменений в приказ Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 19 марта 2013 года № 8 «Об утверждении форм заявлений о предоставлении лицензий, переоформлении лицензий, форм уведомлений, используемых Комитетом по здравоохранению Ленинградской области в процессе лицензирования»

В целях приведения правовых актов Комитета по здравоохранению Ленинградской области в соответствие с действующим законодательством приказываю:

Внести в приказ Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 19 марта 2013 года № 8 «Об утверждении форм заявлений о предоставлении лицензий, переоформлении лицензий, форм уведомлений, используемых Комитетом по здравоохранению Ленинградской области в процессе лицензирования» следующие изменения:

- 1) изложить приложения 2, 5, 8, 11 и 12 в редакции согласно приложениям 1-5 к настоящему приказу;
- 2) приложения 3, 6, 9 признать утратившими силу.

Председатель Комитета



С.В.Вылегжанин

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

В Комитет по здравоохранению  
Ленинградской области

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о предоставлении лицензии на фармацевтическую деятельность

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	
5	Государственный регистрационный номер (основной) записи о создании юридического лица/ государственный регистрационный номер (основной) записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____

	предпринимателей	
7	Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	
8	Идентификационный номер налогоплательщика	
9	Данные документа о постановке соискателя лицензии (юридического лица) на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
10	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности (с указанием почтового индекса). Работы (услуги), которые соискатель лицензии намерен исполнять (оказывать) при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения*	Аптечные организации (в том числе индивидуальные предприниматели, структурные подразделения медицинских организаций):  Аптека готовых лекарственных форм  (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.
		Аптека производственная  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения. Хранение лекарственных средств для медицинского применения. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения. Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.
		Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения. Хранение лекарственных средств для медицинского применения. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения. Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.

		<p style="text-align: center;"><b>Аптечный пункт</b></p> <p style="text-align: center;">(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 style="text-align: center;"><b>Аптечный киоск</b></p> <p style="text-align: center;">(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>Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p style="text-align: center;"><b>Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</b></p> <p style="text-align: center;">(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 style="text-align: center;"><b>Амбулатория</b></p> <p style="text-align: center;">(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 style="text-align: center;"><b>Фельдшерский пункт</b></p>

		<p>(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.</p> <p style="text-align: center;">Фельдшерско-акушерский пункт</p> <p>(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.</p>
		<p>Иные организации, осуществляющие обращение лекарственных препаратов</p> <p>(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.</p>
11	Контактный телефон, факс соискателя лицензии	
12	Адрес электронной почты (в случае если имеется) соискателя лицензии	
13	Форма получения лицензии*	<p>На бумажном носителе лично. На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении В форме электронного документа</p>

\* Нужно указать

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

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

лицензия № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, предоставленная \_\_\_\_\_;  
(наименование лицензирующего органа)

2) сведения о документах, подтверждающих наличие у 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 \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, площадь \_\_\_\_\_;  
кадастровый (условный) номер земельного участка/здания/сооружения/помещения \_\_\_\_\_;

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 \_\_\_\_\_ 20\_\_ года 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 государственной пошлины:

платежное поручение № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, сумма \_\_\_\_\_,  
наименование плательщика \_\_\_\_\_

в лице \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_,  
(документ, подтверждающий полномочия)

просит предоставить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю.

Представитель организации-заявителя/  
индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Место печати

Приложение  
к заявлению о предоставлении  
лицензии на осуществление  
фармацевтической деятельности

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии \_\_\_\_\_ /  
(наименование соискателя лицензии)  
представитель соискателя лицензии \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, должность представителя соискателя лицензии)  
представил, а лицензирующий орган – Комитет по здравоохранению Ленинградской области  
принял "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_ нижеследующие документы для  
предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности:

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

Документы сдал  
 соискатель лицензии/  
 представитель соискателя лицензии  
 по доверенности № \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_  
 (должность, подпись, инициалы, фамилия)

Документы принял  
 \_\_\_\_\_  
 (должность, подпись, инициалы, фамилия)



Приложение 2  
к приказу Комитета по здравоохранению  
Ленинградской области  
от 18.02.2016 № 5

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

В Комитет по здравоохранению  
Ленинградской области

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года,  
предоставленной \_\_\_\_\_,  
(наименование лицензирующего органа)

№ \_\_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года,  
предоставленной \_\_\_\_\_,  
(наименование лицензирующего органа)

в связи с\*:

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

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

1	Организационно-правовая форма	
	Полное наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование (в случае если имеется)	
3	Фирменное наименование (в случае если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального	
5	Государственный регистрационный номер (основной) записи о создании юридического лица/ государственной	

	регистрационный номер (основной) записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6	Идентификационный номер налогоплательщика	
7	Контактный телефон, факс, адрес электронной почты (в случае если имеется)	
8	Форма получения лицензии*	На бумажном носителе лично. На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. В форме электронного документа
9	При намерении 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*	Аптечные организации (в том числе индивидуальные предприниматели, структурные подразделения медицинских организаций):  Аптека готовых лекарственных форм  (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.
		Аптека производственная  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения. Хранение лекарственных средств для медицинского применения. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения. Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.
		Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения. Хранение лекарственных средств для медицинского

		<p>применения.  Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.</p>
		<p style="text-align: center;"><b>Аптечный пункт</b></p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(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 style="text-align: center;"><b>Аптечный киоск</b></p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(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>Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p style="text-align: center;"><b>Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</b></p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(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 style="text-align: center;"><b>Амбулатория</b></p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>

		Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.
		<p style="text-align: center;"><b>Фельдшерский пункт</b></p> <p style="text-align: center;">(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</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 style="text-align: center;"><b>Фельдшерско-акушерский пункт</b></p> <p style="text-align: center;">(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</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
		Иные организации, осуществляющие обращение лекарственных препаратов  <p style="text-align: center;">(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</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
10	При изменении перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии	
10.1	Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения. Адреса мест осуществления лицензируемого вида	Аптечные организации (в том числе индивидуальные предприниматели, структурные подразделения медицинских организаций)  <p style="text-align: center;"><b>Аптека готовых лекарственных форм</b></p> <p style="text-align: center;">(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского

	<p>деятельности, на которых лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги)*</p>	<p>применения. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
		<p style="text-align: center;"><b>Аптека производственная</b></p> <p style="text-align: center;">(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения. Хранение лекарственных средств для медицинского применения. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения. Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.</p>
		<p style="text-align: center;"><b>Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</b></p> <p style="text-align: center;">(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения. Хранение лекарственных средств для медицинского применения. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения. Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.</p>
		<p style="text-align: center;"><b>Аптечный пункт</b></p> <p style="text-align: center;">(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 style="text-align: center;"><b>Аптечный киоск</b></p> <p style="text-align: center;">(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.</p>

		<p>применения.          Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
		<p>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>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>(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>Фельдшерско-акушерский пункт</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>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>
--	--	--

\*Нужное указать

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

1) сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимых для осуществления фармацевтической деятельности по указанному адресу помещений, соответствующих установленным требованиям, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций) (по каждому объекту) (указываются в случае заполнения пункта 9 заявления):

по адресу: \_\_\_\_\_;

свидетельство о праве собственности/договор аренды \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, площадь \_\_\_\_\_;

кадастровый (условный) номер земельного участка/здания/сооружения/помещения \_\_\_\_\_;

2) сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании необходимого для осуществления фармацевтической деятельности по указанному адресу оборудования, соответствующего установленным требованиям (по каждому объекту) (указываются в случае заполнения пункта 10 заявления):

по адресу: \_\_\_\_\_

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

3) сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за

исключением обособленных подразделений медицинских организаций) (указываются в случае заполнения пунктов 9 и 10 заявления):

по адресу: \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество	Должность	Диплом	Сертификат	Стаж работы (для руководителя аптечной организации)
		№ _____ от _____ выдан _____ квалификация _____ специальность _____	№ _____ от _____ до _____ специальность _____	

4) сведения о наличии дополнительного профессионального образования в части розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения и о наличии права на осуществление медицинской деятельности – для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения в обособленных подразделениях медицинских организаций (указываются в случае заполнения пунктов 9 и 10 заявления):

по адресу: \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество	Должность	Диплом	Сертификат
		№ _____ от _____ выдан _____ квалификация _____ по специальности _____	№ _____ от _____ до _____ специальность _____

5) сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному адресу требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке (указываются в случае заполнения пунктов 9 и 10 заявления):

по адресу: \_\_\_\_\_

санитарно-эпидемиологическое заключение № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года,  
бланк № \_\_\_\_\_, выдано \_\_\_\_\_;

(наименование территориального отдела Управления Роспотребнадзора)

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

платежное поручение № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года, сумма \_\_\_\_\_;  
наименование плательщика \_\_\_\_\_.

в лице \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица/индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_,

(документ, подтверждающий полномочия)



просит переоформить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности.  
Достоверность представленных документов подтверждаю.

Представитель организации-заявителя/  
индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Место печати

Приложение  
к заявлению о переоформлении  
лицензии на осуществление  
фармацевтической деятельности

#### Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат \_\_\_\_\_  
(наименование лицензиата)

представитель лицензиата \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, должность представителя лицензиата)

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

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.

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1	Заявление о переоформлении лицензии на осуществление фармацевтической деятельности	
2	Оригинал действующей лицензии на осуществление фармацевтической деятельности	
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, соответствующего установленным требованиям	
5	Доверенность на лицо, представляющее документы на лицензирование	

Документы сдал  
 лицензиат/представитель лицензиата  
 по доверенности № \_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_  
 года

Документы принял  
 \_\_\_\_\_  
 (должность, подпись, инициалы фамилия)

\_\_\_\_\_  
 (должность, подпись, инициалы, фамилия)

\* Нужно указать

Приложение 3  
к приказу Комитета по здравоохранению  
Ленинградской области  
от 18.02.2016 № 5

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

В Комитет по здравоохранению  
Ленинградской области

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о переоформлении лицензии на фармацевтическую деятельность

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

(наименование лицензирующего органа)

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

(наименование лицензирующего органа)

в связи с\*:

- реорганизацией юридического лица в форме преобразования;
- реорганизацией юридического лица в форме слияния;
- изменением наименования юридического лица;
- изменением адреса места нахождения юридического лица;
- изменением адреса места жительства индивидуального предпринимателя;
- изменением имени, фамилии и (в случае если имеется) отчества индивидуального предпринимателя;
- изменением реквизитов документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя;
- изменением адреса места осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности;
- прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;
- прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/ лицензиатах	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике
1	Организационно-правовая форма		
	Полное наименование юридического лица/фамилия, имя и (в случае если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя		
2	Сокращенное наименование (в случае если имеется)		

3	Фирменное наименование (в случае если имеется)		
4	Адрес места нахождения юридического лица/адрес места жительства индивидуального предпринимателя		
5	Государственный регистрационный номер (основной) записи о создании юридического лица/ государственный регистрационный номер (основной) записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
6	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей. Адрес места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____  Адрес _____	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____  Адрес _____
7	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в сведения о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц/ данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в сведения об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей.  Адрес места нахождения	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____  Адрес _____	

	органа, осуществившего государственную регистрацию		
8	Идентификационный номер налогоплательщика		
9	Данные документа о постановке лицензиата (юридического лица) на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
10	Сведения о распоряжительном документе, на основании которого произошло изменение адреса места осуществления деятельности	Выдан _____ (наименование органа, принявшего 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__ года сумма _____ наименование плательщика _____	
12	Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности. Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения*	Аптечные организации (в том числе индивидуальные предприниматели, структурные подразделения медицинских организаций):  _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: _____	Аптечные организации (в том числе индивидуальные предприниматели, структурные подразделения медицинских организаций):  Аптека готовых лекарственных форм _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского

			<p>применения.          Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.</p>
		<p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)          Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: _____</p>	<p>Аптека производственная</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.          Хранение лекарственных средств для медицинского применения.          Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.          Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.          Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.</p>
		<p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)          Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: _____</p>	<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.          Хранение лекарственных средств для медицинского применения.          Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.          Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.          Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.</p>

			средств для медицинского применения.
		<p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: _____</p> <p>_____</p>	<p>Аптечный пункт</p> <p>_____</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>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: _____</p> <p>_____</p>	<p>Аптечный киоск</p> <p>_____</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>
		Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:	Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:

		<p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: _____</p> <p>_____</p>	<p>Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <p>_____</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>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: _____</p> <p>_____</p>	<p>Амбулатория</p> <p>_____</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>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: _____</p> <p>_____</p>	<p>Фельдшерский пункт</p> <p>_____</p> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Розничная торговля лекарственными</p>



		услуг: _____ _____	препаратами для медицинского применения. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.
		(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: _____ _____	<b>Фельдшерско- акушерский пункт</b>  (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.
		Иные организации, осуществляющие обращение лекарственных препаратов  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) Виды выполняемых работ, оказываемых услуг: _____ _____	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.
13	При прекращении деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии		
13.1	Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, по которому лицензиат прекращает деятельность	Аптечные организации (в том числе индивидуальные предприниматели, структурные подразделения медицинских организаций):	
		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)	
		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)		

		<p align="center"><b>Фельдшерский пункт</b></p> <hr/> <p align="center">(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
		<p align="center"><b>Фельдшерско-акушерский пункт</b></p> <hr/> <p align="center">(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
		<p align="center">Иные организации, осуществляющие обращение лекарственных препаратов</p> <hr/> <p align="center">(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
13.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	
14	При прекращении деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, указанных в лицензии	
14.1	<p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения.</p> <p>Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности*</p>	<p>Аптечные организации (в том числе индивидуальные предприниматели, структурные подразделения медицинских организаций):</p> <p align="center"><b>Аптека готовых лекарственных форм</b></p> <hr/> <p align="center">(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 align="center"><b>Аптека производственная</b></p> <hr/> <p align="center">(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения. Хранение лекарственных средств для медицинского применения. Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения. Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения. Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.</p>

		<p>Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  Хранение лекарственных средств для медицинского применения.  Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения.  Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения.  Перевозка лекарственных средств для медицинского применения.</p>
		<p>Аптечный пункт</p> <hr/> <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>Аптечный киоск</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения.  Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения.  Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
		<p>Обособленные подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p>Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики</p> <hr/> <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</p>

		<p>применения.          Перевозка лекарственных препаратов для          медицинского применения.</p>
		<p style="text-align: center;"><b>Амбулатория</b></p> <hr/> <p style="text-align: center;">(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 style="text-align: center;"><b>Фельдшерский пункт</b></p> <hr/> <p style="text-align: center;">(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 style="text-align: center;"><b>Фельдшерско-акушерский пункт</b></p> <hr/> <p style="text-align: center;">(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 style="text-align: center;"><b>Иные организации, осуществляющие обращение          лекарственных препаратов</b></p> <hr/> <p style="text-align: center;">(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</p>

		медицинского применения
14.2	Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения указанных в лицензии работ, услуг	
15	Контактный телефон, факс	
16	Адрес электронной почты (в случае если имеется)	
17	Форма получения переоформленной лицензии*	На бумажном носителе лично. На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении. В форме электронного документа

\*Нужное указать

в лице \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество, должность руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица/ индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_,  
(документ, подтверждающий полномочия)

просит переоформить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности.  
Достоверность представленных документов подтверждаю.

Представитель организации-заявителя/  
индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_ /  
(подпись)

\_\_\_\_\_ /  
(инициалы, фамилия)

" " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Место печати

Приложение  
к заявлению о переоформлении  
лицензии на осуществление  
фармацевтической деятельности

#### Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат \_\_\_\_\_ /  
(наименование лицензиата)

представитель лицензиата \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, должность представителя лицензиата)

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

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;  
 прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии;  
 прекращением деятельности выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

№п/п	Наименование документа	Количество 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  
 по доверенности № \_\_\_\_\_  
 от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_  
 (должность, подпись, инициалы, фамилия)

Документы принял

\_\_\_\_\_  
 (должность, подпись, инициалы, фамилия)

\*Нужное указать

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(а) мест(а) осуществления деятельности, на котором(ых) лицензиат намерен осуществлять лицензируемый вид деятельности	
	Перечень работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, по указанному(ым) адресу (ам)	
7.	Дата предполагаемого начала осуществления деятельности	
8.	Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении лицензируемого вида деятельности по адресу(ам), не указанному(ым) 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 <input type="checkbox"/> * В форме электронного документа



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(а) мест(а) осуществления деятельности, на котором(ых) лицензиат намерен осуществлять лицензируемый вид деятельности	
	Перечень работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, по указанному(ым) адресу (ам)	
7.	Дата предполагаемого начала осуществления деятельности	
8.	Сведения, подтверждающие соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении лицензируемого вида деятельности по адресу(ам), не указанному(ым) в лицензии	* Указаны в прилагаемом заявлении о переоформлении лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений
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 <input type="checkbox"/> * В форме электронного документа
-----	--	--

Руководитель организации-заявителя, индивидуальный предприниматель:

\_\_\_\_\_  
(ФИО, подпись)

М.П.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Приложение :

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