



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**ПРИКАЗ**

от « 31 АВГ 2014 » г.

№ 1802-п

г. Екатеринбург

***Об использовании документов при осуществлении лицензирования и лицензионного контроля в отношении юридических лиц и индивидуальных предпринимателей***

В целях реализации изменений, внесенных Федеральным законом от 14 октября 2014 года № 307-ФЗ «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях и отдельные законодательные акты Российской Федерации и о признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации в связи с уточнением полномочий государственных органов и муниципальных органов в части осуществления государственного контроля (надзора) и муниципального контроля»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить формы документов, используемых при лицензировании и лицензионном контроле в отношении юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья на территории Свердловской области:

1) типовые формы заявлений о предоставлении, переоформлении лицензии, о предоставлении дубликата/копии лицензии юридического лица, индивидуального предпринимателя по видам деятельности (прилагаются);

2) типовые формы приказов Министерства здравоохранения Свердловской области о проведении проверки юридического лица, индивидуального предпринимателя, являющегося лицензиатом или соискателем лицензии (прилагаются);

3) типовые формы актов проверок Министерством здравоохранения Свердловской области юридического лица, индивидуального предпринимателя по видам деятельности (прилагаются).

2. Признать утратившим силу приказы Министерства здравоохранения Свердловской области от 15.06.2012 г. № 672-п «Об использовании документов при осуществлении лицензионного контроля», от 15.06.2012 г. № 673-п «Об использовании документов при осуществлении лицензионного контроля».

3. Начальнику отдела лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Свердловской области Н.А. Харламовой использовать в работе утвержденные типовые формы документов.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Свердловской области Е.А. Чадову.

Министр

А.Р.Белявский

Входящий номер: \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

от \_\_\_\_\_

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

от \_\_\_\_\_

В МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ 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»)

1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; Фамилия, имя и отчество (в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование юридического лица;	
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица; Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; Государственный регистрационный номер 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 юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____
7	Идентификационный номер налогоплательщика	
8	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
9	Адреса мест осуществления (с указанием почтового индекса) медицинской деятельности по перечню заявляемых работ (услуг), указанных в приложении № 1 к заявлению	

10	Сведения о документах, подтверждающих 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 (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)	<u>Реквизиты документов:</u>  -
11	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)	<u>Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения</u> (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)
12	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения	<u>Реквизиты документа:</u>  (дата и № документа, КПП)
13	Контактный телефон, факс юридического лица (индивидуального предпринимателя) и адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
14	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:
15	Форма получения 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

*(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя, документ, подтверждающий полномочия)*

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

М.П.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

Приложение № 1  
к заявлению 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»)

Перечень заявляемых работ (услуг)

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень заявляемых работ (услуг)

Приложение № 2  
к заявлению 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»)

Опись документов  
Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии

(наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий  
орган

(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для предоставления 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»)

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1	Заявление о предоставлении лицензии <*>	
2	Копии документов, подтверждающих 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 (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях) <*>	
3	Копии документов, подтверждающих 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) <*>	
4	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) <*>	
5	Копии документов, подтверждающих 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 и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности "организация здравоохранения и общественное здоровье", стажа работы по специальности не менее 5 лет; у руководителя организации, входящей в систему федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, или его заместителя, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности "социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы", стажа работы по специальности не менее 5 лет; 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 и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием), стажа работы по специальности не менее 5 лет; у индивидуального предпринимателя - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного	

	квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь - среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности, а также стажа работы по специальности не менее 5 лет - при наличии высшего медицинского образования и не менее 3 лет - при наличии среднего медицинского образования <*>	
6	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) <*>	
7	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 наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности <*>	
8	Доверенность	

<\*> Документы, которые соискатель лицензии должен представить в обязательном порядке.

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

Документы сдал  
соискатель лицензии/представитель  
соискателя лицензии /:

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., должность, подпись)

\_\_\_\_\_

(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял  
должностное лицо лицензирующего органа:

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., должность, подпись)

Дата \_\_\_\_\_

Количество листов \_\_\_\_\_

М.П.

Приложение № 3  
к заявлению 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»)

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

*(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления деятельности)*

Наименование медицинского изделия	Реквизиты регистрационного удостоверения (номер, дата регистрации, срок действия)

*(печатать и подпись руководителя учреждения или ИП)*

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

Приложение № 4  
к заявлению 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»)

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)

*(наименование соискателя лицензии и адрес места осуществления деятельности)*

Дата выдачи санитарно-эпидемиологического заключения	№ санитарно-эпидемиологического заключения	№ бланка санитарно-эпидемиологического заключения	Перечень работ (услуг)

*(печатать и подпись руководителя учреждения или ИП)*

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_



## СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОМ ОСНАЩЕНИИ

Наименование и адрес учреждения на каждый обособленный объект.

### 1. Медицинская техника

1.1 Перечень медицинского оборудования по следующей форме (отдельно по каждому разделу: стоматологическое, рентгенологическое, лабораторное, ультразвуковое, физиотерапевтическое, эндоскопическое и т.д.):

<i>Наименование оборудования и инструментов</i>	<i>Год выпуска</i>	<i>Сертификат соответствия</i>	<i>Регистрационное удостоверение</i>	<i>% физического износа</i>	<i>Продление ресурса эксплуатации с указанием даты, документов</i>	<i>Находится на гарантии (сервисном обслуживании) на срок до</i>

1.2 Наименование и адрес организации, осуществляющей гарантийное или техническое обслуживание. Копия лицензии этой организации.

1.3 Копия акта обследования технического состояния медицинской техники и оборудования, изготовленных более 1 года назад по вышеуказанным разделам. Обследование проводится организацией, имеющей лицензию на осуществление технического обслуживания медицинской техники.

### 2. Перечень имеющегося в наличии медицинского белья, перевязочного и вспомогательного материала (с указанием количества)

<i>Наименование медицинского белья, перевязочного и вспомогательного материала</i>	<i>Количество</i>

### 3. Перечень имеющейся в наличии медицинской мебели (с указанием количества)

<i>Наименование медицинской мебели</i>	<i>Количество</i>

### Примечание:

Все вышеперечисленные документы заверяются подписью руководителя и печатью организации соискателя лицензии

Приложение № 6  
к заявлению 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")

### Сведения о профессиональной подготовке специалистов в соответствии с работами и услугами по специальностям

(наименование и адрес учреждения)

Наименование работ (услуг)	ФИО врачей, мед.сестер	Сведения об образовании (наименование учебного заведения, год окончания, № документа, специальность; наименование учебного заведения и даты прохождения специализации; усовершенствования за последние 5 лет, наименование темы, количество часов; сертификат – дата выдачи, специальность)				
		Диплом об образовании	Специализация	Усовершенствование, сертификат	Категория	Стаж работы (для руководителей / уполномоченных и ИП)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

(подпись руководителя учреждения или ИП)

(подпись руководителя Отдела кадров)

Входящий номер: \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

от \_\_\_\_\_

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

от \_\_\_\_\_

**В МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ  
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»)

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

### **I. В связи с:**

- <\*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- <\*> реорганизацией юридического лица в форме слияния
- <\*> изменением наименования лицензиата
- <\*> изменением адреса места нахождения лицензиата
- <\*> изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- <\*> истечением срока действия лицензии (лицензий)
- <\*> изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Сведения лицензиате или его правопреемнике
1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность		
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4	Адрес места нахождения юридического лица; Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)		
5	Государственный регистрационный		

	номер записи о создании юридического лица, Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
6	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц (индивидуальных предпринимателей)		
7	Идентификационный номер налогоплательщика		
8	Сведения о распорядительном документе, на основании которого произошли изменения	(орган, принявший решение) Реквизиты документа _____	
9	Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности		
10	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения	Реквизиты документа: <i>(дата и № документа, КПП)</i>	
11	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты (в случае, если имеется)		
12	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)	

## II. В связи с:

- <\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности
- <\*> изменением перечня выполняемых работ (услуг), ранее не указанных в лицензии
- <\*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
- <\*> прекращением выполняемых работ (услуг)

1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность	
2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4	Адрес места нахождения юридического лица; Адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6	Идентификационный номер налогоплательщика	
7	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения	Реквизиты документа:

		(дата и № документа, КПП)
8	Номер телефона, адрес электронной почты (в случае, если имеется)	
9	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)
10	<*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности <*> изменением перечня работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности по адресу, указанному в лицензии	
10.1	Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности, либо сведения об адресах, по которым лицензиат намерен осуществлять новые работы (услуги)  Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении медицинской деятельности	Приложение № 1 к части II заявления 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»)
10.2.	Сведения о наличии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях)	Реквизиты документов: _____
10.3	Сведения о наличии выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения лицензиатом работ (услуг)	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения: _____ (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка)
10.4	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	Приложение № 3 к части II заявления о переоформлении лицензии на медицинскую деятельность
11	<*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии <*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности	
11.1	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность. Выполняемые работы (услуги), которые лицензиат прекращает выполнять при осуществлении медицинской деятельности	Приложение № 1 к части II заявления 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») с указанием адресов мест осуществления данных работ (услуг)
11.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии. Дата фактического прекращения работ (услуг), которые лицензиат прекращает выполнять при	

	осуществлении медицинской деятельности по адресу осуществления деятельности, указанному в лицензии	
--	--	--

<\*> Нужно указать

*(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя, документ, подтверждающий полномочия)*

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

М.П.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

Приложение № 1  
к заявлению 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»)

таблица 1

Перечень заявляемых работ (услуг)

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень работ (услуг)

таблица 2

Перечень осуществляемых работ (услуг) указанных в действующей лицензии и  
приведенных в соответствие с приказом от 11.03.2013 № 121н

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень работ (услуг)

таблица 3

Перечень прекращаемых работ (услуг)

№ п/п	Адреса мест осуществления медицинской деятельности	Перечень работ (услуг)

Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

\_\_\_\_\_ (наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган

\_\_\_\_\_ (наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для переоформления 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») (<\*> нужное указать)

**I. В связи с:**

- <\*> реорганизацией юридического лица в форме преобразования
- <\*> реорганизацией юридического лица в форме слияния
- <\*> изменением наименования лицензиата
- <\*> изменением адреса места нахождения лицензиата
- <\*> изменением адреса места осуществления лицензиатом лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- <\*> прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии
- <\*> прекращением выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности
- <\*> истечением срока действия лицензии (лицензий)
- <\*> изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность

№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1	Заявление о переоформлении лицензии <*>	
2	Оригинал действующей лицензии <*>	
3	Доверенность	

**II. В связи с:**

- <\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности
- <\*> изменением перечня выполняемых работ (услуг), составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии



№ п/п	Наименование документов	Количество листов
1	Заявление о переоформлении лицензии <*>	
2	Оригинал действующей лицензии <*>	
3	Копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), права на которые не зарегистрированы в едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре – сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях) <*>	
4	Копии документов, подтверждающих 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) <*>	
5	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) <*>	
6	Копии документов, подтверждающих наличие у заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), документов, подтверждающих наличие необходимого профессионального образования и (или) квалификации, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности <*>	
7	Сведения о государственной регистрации медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг)	
8	Доверенность <*>	

<\*> Документы, которые соискатель лицензии должен представить в обязательном порядке.

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

Документы сдал  
лицензиат/представитель лицензиата/:

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

\_\_\_\_\_  
(реквизиты доверенности)

М.П.

Документы принял  
должностное лицо лицензирующего органа:

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

Дата \_\_\_\_\_

Входящий № \_\_\_\_\_

Количество листов \_\_\_\_\_

М.П.

Приложение № 3  
к части II заявления 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»)

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

*(наименование лицензиата и адрес места осуществления деятельности)*

Наименование медицинского изделия	Реквизиты регистрационного удостоверения (номер, дата регистрации, срок действия)

*(печать и подпись руководителя лицензиата)*

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

\* Заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии, и при намерении лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

Приложение № 4  
к части II заявления 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»)

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)\*

*(наименование лицензиата и адрес места осуществления деятельности)*

Дата выдачи санитарно-эпидемиологического заключения	№ санитарно-эпидемиологического заключения	№ бланка санитарно-эпидемиологического заключения	Перечень работ (услуг)

*(печать и подпись руководителя учреждения или ИП)*

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

\* Заполняется при намерении лицензиата осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии, и при намерении лицензиата внести изменения в указанный в лицензии перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности.

## СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОМ ОСНАЩЕНИИ

Наименование и адрес учреждения на каждый обособленный объект.

### 1. Медицинская техника

1.1 Перечень медицинского оборудования по следующей форме (отдельно по каждому разделу: стоматологическое, рентгенологическое, лабораторное, ультразвуковое, физиотерапевтическое, эндоскопическое и т.д.):

<i>Наименование оборудования и инструментов</i>	<i>Год выпуска</i>	<i>Сертификат соответствия</i>	<i>Регистрационное удостоверение</i>	<i>% физического износа</i>	<i>Продление ресурса эксплуатации с указанием даты, документов</i>	<i>Находится на гарантии (сервисном обслуживании) на срок до</i>

1.2 Наименование и адрес организации, осуществляющей гарантийное или техническое обслуживание. Копия лицензии этой организации.

1.3 Копия акта обследования технического состояния медицинской техники и оборудования, изготовленных более 1 года назад по вышеуказанным разделам. Обследование проводится организацией, имеющей лицензию на осуществление технического обслуживания медицинской техники.

### 3. Перечень имеющегося в наличии медицинского белья, перевязочного и вспомогательного материала (с указанием количества)

<i>Наименование медицинского белья, перевязочного и вспомогательного материала</i>	<i>Количество</i>

### 3. Перечень имеющейся в наличии медицинской мебели (с указанием количества)

<i>Наименование медицинской мебели</i>	<i>Количество</i>

### Примечание:

Все вышеперечисленные документы заверяются подписью руководителя и печатью организации соискателя лицензии

Приложение № 6  
к части II заявления 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»)

### Сведения о профессиональной подготовке специалистов в соответствии с работами и услугами по специальностям

(наименование и адрес учреждения)

Наименование работ (услуг)	ФИО врачей, мед.сестер	Сведения об образовании (наименование учебного заведения, год окончания, № документа, специальность; наименование учебного заведения и даты прохождения специализации; усовершенствования за последние 5 лет, наименование темы, количество часов; сертификат – дата выдачи, специальность)				
		Диплом об образовании	Специализация	Усовершенствование, сертификат	Категория	Стаж работы (для руководителей / уполномоченных и ИП)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

(подпись руководителя учреждения или ИП)

(подпись руководителя Отдела кадров)

Входящий номер: \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

от \_\_\_\_\_

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

от \_\_\_\_\_

**В МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ  
ОБЛАСТИ**

## **Заявление**

### **о прекращении медицинской деятельности**

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

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

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя и данные документа, удостоверяющего его личность	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; адрес места жительства индивидуального предпринимателя (указать почтовый индекс)	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица; государственный регистрационный номер 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 юридического лица (индивидуального предпринимателя) с указанием почтового индекса	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (наименование органа, выдавшего документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____

9.	Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, перечень работ (услуг), по которым прекращается деятельность	
10.	Дата фактического прекращения лицензируемого вида деятельности	
11.	Контактный телефон, факс лицензиата, адрес электронной почты лицензиата (в случае, если имеется)	
12.	Форма получения лицензиатом уведомления о решении лицензирующего органа	<*>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

(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

*Лицензиат, имеющий намерение прекратить медицинскую деятельность, обязан представить или направить в лицензирующий орган заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении заявление о прекращении медицинской деятельности не позднее чем за пятнадцать календарных дней до дня фактического прекращения лицензируемого вида деятельности (часть 14 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»).*

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

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

**В МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ  
ОБЛАСТИ**

## **Заявление**

### **о предоставлении дубликата/копии 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»)

\_\_\_\_\_ (полное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_ (место нахождения юридического лица, индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_ (государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица)

\_\_\_\_\_ (идентификационный номер налогоплательщика)

просит предоставить дубликат/копию лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной

\_\_\_\_\_ (наименование лицензирующего органа)

Реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за предоставление дубликата лицензии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Номер и дата регистрации лицензии \_\_\_\_\_

Руководитель юридического лица,  
индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

М.П.

-----  
<\*> За предоставление дубликата лицензии уплачивается государственная пошлина в соответствии со ст. 333.33 Налогового кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 32, ст. 3340; 2009, № 52 (часть I), ст. 6450; 2010, № 46, ст. 5918).



**В Министерство здравоохранения  
Свердловской области**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*(полное наименование заявителя)*

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о выдаче выписки/сведений из реестра лицензий на осуществление  
медицинской деятельности**

\_\_\_\_\_  
*(полное наименование лицензиата)*

\_\_\_\_\_  
*(место нахождения лицензиата)*

\_\_\_\_\_  
*(адрес мест осуществления лицензируемого вида деятельности)*

просим выдать выписку/сведения из реестра лицензий.

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Руководитель организации-заявителя

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

М.П.

Вх.№ \_\_\_\_\_

от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Входящий номер: \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

от \_\_\_\_\_

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

от \_\_\_\_\_

**В МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ  
ОБЛАСТИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ  
НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; Фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя, данные документа, удостоверяющего личность	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; Адрес места жительства индивидуального предпринимателя	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице (индивидуальном предпринимателе) в единый государственный реестр юридических лиц (индивидуальных предпринимателей), с указанием адреса места нахождения органа,	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____ Адрес _____

	осуществившего государственную регистрацию	
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии юридического лица (индивидуального предпринимателя) на учет в налоговом органе	<p>Выдан _____ (орган, выдавший документ)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Бланк: серия _____ № _____</p>
9.	<p>Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности.</p> <p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые соискатель лицензии намерен исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных препаратов для медицинского применения</p>	<p>Аптечная организация:</p> <p>&lt;*&gt; Аптека готовых лекарственных форм _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>

<\*> Аптечный пункт \_\_\_\_\_

*(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)*

<\*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения

<\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

<\*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

<\*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

<\*> Аптечный киоск \_\_\_\_\_

*(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)*

<\*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения

<\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

<\*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

Структурные подразделения медицинских организаций:

<\*> Аптека готовых лекарственных форм \_\_\_\_\_

*(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)*

<\*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения

<\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

<\*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

<\*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

<\*> Аптека производственная

*(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)*

<\*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения

<\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения

<\*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

<\*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения

<\*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

<\*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов

*(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)*

деятельности)

- <\*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения
- <\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
- <\*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
- <\*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения
- <\*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

<\*> Аптечный пункт \_\_\_\_\_

(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

- <\*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения
- <\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
- <\*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
- <\*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

<\*> Аптечный киоск \_\_\_\_\_

(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

- <\*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения
- <\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
- <\*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

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

- <\*> Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики, Амбулатория, Фельдшерский пункт, Фельдшерско-акушерский пункт

\_\_\_\_\_ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

- <\*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения
- <\*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения
- <\*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения
- <\*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

Индивидуальные предприниматели

\_\_\_\_\_ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)

- <\*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения

		<p>применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
10.	<p>Реквизиты 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 зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций)</p>	
11.	<p>Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений требованиям санитарных правил (за исключением медицинских организаций, обособленных подразделений медицинских организаций), выданного в установленном порядке</p>	
12.	<p>Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения</p>	<p>Реквизиты документа:</p> <p>(дата и № документа, КПП)</p>
13.	<p>Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты</p>	
14.	<p>Форма получения лицензии</p>	<p>&lt;*&gt; На бумажном носителе лично</p> <p>&lt;*&gt; На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении</p> <p>&lt;*&gt; В форме электронного документа (с 1 июля 2012 года)</p>

<\*> Нужно указать

(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя, документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

М.П.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

Приложение к заявлению  
о предоставлении лицензии  
на фармацевтическую деятельность

**Опись документов**

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии

\_\_\_\_\_ (наименование соискателя лицензии)  
представил в лицензирующий орган

\_\_\_\_\_ (наименование лицензирующего органа)  
нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности, а лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области принял от лицензиата «\_\_»\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. за № \_\_\_\_\_ документы, для предоставления лицензии на фармацевтическую деятельность

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление	
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	
3	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности	
4	Копии документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов - для осуществления фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных препаратов для медицинского применения	
5	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 отпуском, хранением, перевозкой и изготовлением	
6	Доверенность	
7	Прочие документы, свидетельствующие о наличии у соискателя лицензии возможности выполнения лицензионных требований	

Документы сдал  
соискатель лицензии/представитель  
лицензии:

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

\_\_\_\_\_ (реквизиты доверенности)

Документы принял  
должностное лицо лицензирующего  
органа:

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

М.П.



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

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

В МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ  
ОБЛАСТИ

## ЗАЯВЛЕНИЕ О ПЕРЕОФОРМЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

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 (индивидуальным предпринимателем) лицензируемого вида деятельности при фактически неизменном месте осуществления деятельности
- <\*> изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность

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

2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)		
4.	Адрес места нахождения юридического лица; Адрес места жительства индивидуального предпринимателя;		
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя		
6.	Данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц (индивидуальных предпринимателей)		
7.	Идентификационный номер налогоплательщика		
8.	Данные документа, являющегося основанием для переоформления документа, подтверждающего наличие лицензии	<p>_____</p> <p>_____ (орган, принявший решение)</p> <p>Реквизиты документа _____</p>	
9.	Адрес(а) осуществления лицензируемого вида деятельности  Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных	<p>1. Адрес: _____</p> <p>Вид обособленного объекта _____</p>	<p>Аптечная организация &lt;*&gt; Аптека готовых лекарственных форм _____</p> <p>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами</p>

	<p>препаратов для медицинского применения</p>		<p>для медицинского применения &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная</p> <hr/> <p>— (адрес места осуществления фармацевтической деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения &lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения &lt;*&gt; Перевозка лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления фармацевтической деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения &lt;*&gt; Перевозка лекарственных средств для медицинского применения &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения &lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный пункт</p>
--	---	--	---

			<p>_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный киоск</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Структурные подразделения медицинских организаций:</p> <p>&lt;*&gt; Аптека готовых лекарственных форм _____</p> <p>_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная</p> <hr/>
--	--	--	---

			<p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов _____</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный пункт _____</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
--	--	--	---

			<p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный киоск _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Обособленные (структурные) подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p>&lt;*&gt; Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики, Амбулатория, Фельдшерский пункт, Фельдшерско-акушерский пункт</p> <hr/> <p><i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Индивидуальные предприниматели _____</p> <hr/> <p><i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p>
--	--	--	---

			<i>деятельности)</i> <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения
	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения	Реквизиты документа: <i>(дата и № документа, КПП)</i>	
10.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты		
11.	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)	

<\*> Нужно указать.

\_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя, документ, подтверждающий полномочия)*

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

М.П.

\_\_\_\_\_  
 (Подпись)

Приложение к заявлению о переоформлении  
лицензии на фармацевтическую деятельность

**Опись документов**

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

\_\_\_\_\_ (наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган

\_\_\_\_\_ (наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (<\*> нужное указать)

I. 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

<\*> изменением места жительства, имени, фамилии и (в случае, если имеется) отчества индивидуального предпринимателя, реквизитов документа, удостоверяющего его личность

Лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области принял от лицензиата «\_\_»\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. за № \_\_\_\_\_ документы, для переоформления лицензии на фармацевтическую деятельность

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о переоформлении лицензии	
2	Оригинал действующей лицензии	
3	Доверенность	
4	Прочие документы, свидетельствующие о наличии у соискателя лицензии возможности выполнения лицензионных требований	

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.



Входящий номер: \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

от \_\_\_\_\_

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

от \_\_\_\_\_

В МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ  
ОБЛАСТИ

## ЗАЯВЛЕНИЕ О ПЕРЕОФОРМЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Регистрационный № \_\_\_\_\_ лицензии от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,

предоставленной \_\_\_\_\_

(наименование лицензирующего органа)

Регистрационный № \_\_\_\_\_ лицензии от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,

предоставленной \_\_\_\_\_

(наименование лицензирующего органа)

### В связи с:

<\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности

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

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

<\*> прекращением деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

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

1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица Фамилия, имя и (в случае, если имеется) _____ отчество индивидуального предпринимателя, _____ данные документа, удостоверяющего личность	
2.	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	

3.	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.	Адрес места нахождения юридического лица; Адрес места жительства индивидуального предпринимателя	
5.	Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, Государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя	
6.	Идентификационный номер налогоплательщика	
7.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения	Реквизиты документа: <i>(дата и № документа, КПП)</i>
8.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
9.	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)
10.	<b>&lt;*&gt; изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности</b>	
10.1.	Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности.  Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных препаратов для медицинского применения	<*> Аптечная организация <*> Аптека готовых лекарственных форм <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i>  <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения  <*> Аптека производственная <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i> <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для

		<p>медицинского применения          &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения          &lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения          &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения          &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения          &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения          &lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения          &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный пункт _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения          &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения          &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения          &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный киоск _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения          &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения          &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Структурные подразделения медицинских организаций:          &lt;*&gt; Аптека готовых лекарственных форм _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения          &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения          &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения          &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
--	--	---

		<p>&lt;*&gt; Аптека производственная _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения  &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения  &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный пункт _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный киоск _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Обособленные (структурные) подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:  &lt;*&gt; Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики, Амбулатория, Фельдшерский пункт, Фельдшерско-акушерский пункт</p>
--	--	--

		<p><i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><b>Индивидуальные предприниматели</b>  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
<b>10.2</b>	Сведения о наличии 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 зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	Реквизиты документов: _____
<b>10.3</b>	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных осуществлять фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных препаратов для медицинского применения по указанному новому адресу	Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов: _____ _____

10.4	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений по указанному новому адресу требованиям санитарных правил, выданного в установленном порядке	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения:  <hr/> <i>(дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)</i>
11.	<b>&lt;*&gt; изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии</b>	
11.1	Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных препаратов для медицинского применения  Адрес(а) места осуществления лицензируемого вида деятельности, на котором лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги)	<*> Аптечная организация:  <*> Аптека готовых лекарственных форм _____ <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i> <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения  <*> Аптека производственная _____ <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i> <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения  <*> Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов _____ <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i> <*> Хранение лекарственных средств для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения

		<p>&lt;*&gt; Аптечный пункт _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный киоск _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Структурные подразделения медицинских организаций:</p> <p>&lt;*&gt; Аптека готовых лекарственных форм _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p>
--	--	--

		<p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный пункт _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный киоск _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Обособленные (структурные) подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p>&lt;*&gt; Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики, Амбулатория, Фельдшерский пункт, Фельдшерско-акушерский пункт _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Индивидуальные предприниматели (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
--	--	---



11.2	Сведения о наличии высшего или среднего фармацевтического образования и сертификатов специалистов - для работников, намеренных выполнять (осуществлять) новые работы (услуги) (в случае намерения осуществлять перевозку лекарственных средств для медицинского применения данные сведения не указываются)	Реквизиты документов о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификатов специалистов: _____ _____
11.3	Сведения о наличии необходимого оборудования, соответствующего установленным требованиям (в случае намерения осуществлять перевозку лекарственных препаратов для медицинского применения данные сведения не указываются)	Наименование, тип оборудования (и реквизиты документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления фармацевтической деятельности: _____
11.4	Сведения о наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии помещений, предназначенных для выполнения (осуществления) новых работ (услуг) выданного в установленном порядке (за исключением перевозки лекарственных средств для медицинского применения)	Реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения: _____ (дата и № санитарно-эпидемиологического заключения, № бланка заключения)
12.	<b>&lt;*&gt; прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии</b>	
12.1	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности, на которых лицензиат прекращает деятельность  Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных	<*> Аптечная организация:  <*> Аптека готовых лекарственных форм  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения

	<p>средств для медицинского применения</p>	<p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная</p> <hr/> <p><i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов</p> <hr/> <p><i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный пункт</p> <hr/> <p><i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный киоск</p> <hr/> <p><i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Структурные подразделения медицинских организаций:</p> <p>&lt;*&gt; Аптека готовых лекарственных</p>
--	--	--

		<p>форм _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения  &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения  &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный пункт _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный киоск _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для</p>
--	--	--

		<p>медицинского применения &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Обособленные (структурные) подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации: &lt;*&gt; Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики, Амбулатория, Фельдшерский пункт, Фельдшерско-акушерский пункт _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Индивидуальные предприниматели (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
12.2	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	
13.	<b>&lt;*&gt; прекращением деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и указанных в лицензии</b>	
13.1	<p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, которые лицензиат прекращает исполнять при осуществлении фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Адрес(а) мест осуществления</p>	<p>Аптечная организация: &lt;*&gt; Аптека готовых лекарственных форм _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>

	лицензируемого вида деятельности	<p>применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный пункт _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный киоск _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Структурные подразделения медицинских организаций:</p> <p>&lt;*&gt; Аптека готовых лекарственных форм _____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p>
--	----------------------------------	--

		<p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения  &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения  &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный пункт _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный киоск _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>
--	--	---

		<p>Обособленные (структурные) подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p>&lt;*&gt; Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики, Амбулатория, Фельдшерский пункт, Фельдшерско-акушерский пункт _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p><b>Индивидуальные предприниматели</b>  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i></p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения  &lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p>	
13.2	Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения, указанных в лицензии работ, услуг		
14.	<b>&lt;*&gt; истечением срока действия лицензии (лицензий), не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности</b>		
	<p>Выполняемые работы, оказываемые услуги, в составе фармацевтической деятельности в сфере обращения лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности</p>	(Сведения о лицензиате)	<p>(Новые сведения о лицензиате)</p> <p>Аптечная организация:</p> <p>&lt;*&gt; Аптека готовых лекарственных форм  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения  &lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p>

			<p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный</p>
--	--	--	--



			<p>пункт _____  (адрес _____ места  осуществления  лицензируемого _____ вида  деятельности)  &lt;*&gt; Хранение  лекарственных препаратов  для _____ медицинского  применения  &lt;*&gt; Розничная торговля  лекарственными  препаратами _____ для  медицинского применения  &lt;*&gt; Отпуск лекарственных  препаратов _____ для  медицинского применения  &lt;*&gt; Перевозка  лекарственных препаратов  для _____ медицинского  применения  &lt;*&gt; Аптечный  киоск _____  (адрес _____ места  осуществления  лицензируемого _____ вида  деятельности)  &lt;*&gt; Хранение  лекарственных препаратов  для _____ медицинского  применения  &lt;*&gt; Розничная торговля  лекарственными  препаратами _____ для  медицинского применения  &lt;*&gt; Перевозка  лекарственных препаратов  для _____ медицинского  применения  Структурные  подразделения  медицинских  организаций:  &lt;*&gt; Аптека готовых  лекарственных  форм _____  (адрес места осуществления  лицензируемого _____ вида  деятельности)  &lt;*&gt; Хранение  лекарственных препаратов  для _____ медицинского  применения  &lt;*&gt; Розничная торговля  лекарственными  препаратами _____ для  медицинского применения  &lt;*&gt; Отпуск лекарственных  препаратов _____ для  медицинского применения</p>
--	--	--	---

		<p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная</p> <hr/> <p>(адрес _____ места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптека производственная с правом изготовления асептических лекарственных препаратов _____</p> <hr/> <p>(адрес _____ места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных средств для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный</p>
--	--	---

			<p>пункт _____  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Аптечный киоск _____  (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения</p> <p>&lt;*&gt; Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения</p> <p>Обособленные (структурные) подразделения медицинских организаций, расположенные в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные организации:</p> <p>&lt;*&gt; Центр (отделение) общей врачебной (семейной) практики, Амбулатория, Фельдшерский пункт, Фельдшерско-акушерский пункт</p> <hr/> <p>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</p> <p>&lt;*&gt; Хранение</p>
--	--	--	---

			лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения <b>Индивидуальные          предприниматели</b> (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности) <*> Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения <*> Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения <*> Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения
--	--	--	--

<\*> Нужно указать.

\_\_\_\_\_  
 (Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица,  
 индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического  
 лица или индивидуального предпринимателя, документ, подтверждающий полномочия)

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

М.П.

\_\_\_\_\_  
 (Подпись)

### Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

*(наименование лицензиата)*

представил в лицензирующий орган

*(наименование лицензирующего органа)*

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (<\*> нужно указать)

В связи с:

<\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида

Лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области принял от лицензиата «\_\_»\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. за № \_\_\_\_\_ документы, для переоформления лицензии на фармацевтическую деятельность

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о переоформлении лицензии	
2	Оригинал действующей лицензии	
3	Копии документов, подтверждающих право собственности или иное законное основание использования оборудования для осуществления лицензируемой деятельности	
4	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	
5	Доверенность	
6	Прочие документы, свидетельствующие о наличии у лицензиата возможности выполнения лицензионных требований	

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.

**Опись документов**

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

\_\_\_\_\_

*(наименование лицензиата)*

представил в лицензирующий орган

\_\_\_\_\_

*(наименование лицензирующего органа)*

нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (<\*> нужно указать)

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 по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности

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

Лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области принял от лицензиата «\_\_»\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. за № \_\_\_\_\_ документы, для переоформления лицензии на фармацевтическую деятельность

№ п/п	Наименование документа	Кол-во листов
1	Заявление о переоформлении лицензии	
2	Оригинал действующей лицензии	
3	Доверенность	
4	Прочие документы, свидетельствующие о наличии у соискателя лицензии возможности выполнения лицензионных требований	

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.

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

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

**В МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ  
ОБЛАСТИ**

**Заявление  
о предоставлении дубликата/копии лицензии  
на осуществление фармацевтической деятельности**

\_\_\_\_\_  
(полное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_  
(место нахождения юридического лица, индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_  
(государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица)

\_\_\_\_\_  
(идентификационный номер налогоплательщика)

просит предоставить дубликат/копию лицензии на осуществление  
фармацевтической деятельности, выданной

\_\_\_\_\_  
(наименование лицензирующего органа)

Реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за  
предоставление дубликата лицензии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Номер и дата регистрации лицензии  
\_\_\_\_\_

Руководитель юридического лица,  
индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

М.П.

<\*> За предоставление дубликата лицензии уплачивается государственная пошлина в соответствии со ст. 333.33 Налогового кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 32, ст. 3340; 2009, № 52 (часть I), ст. 6450; 2010, № 46, ст. 5918).

**В Министерство  
здравоохранения  
Свердловской области**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*(полное наименование заявителя)*

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о выдаче выписки/сведений из реестра лицензий на осуществление  
медицинской деятельности**

\_\_\_\_\_  
*(полное наименование лицензиата)*

\_\_\_\_\_  
*(место нахождения лицензиата)*

\_\_\_\_\_  
*(адрес мест осуществления лицензируемого вида деятельности)*

просим выдать выписку/сведения из реестра лицензий.

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Руководитель организации-заявителя

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

М.П.

Вх.№ \_\_\_\_\_

от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



Входящий номер:

\_\_\_\_\_ (заполняется лицензирующим органом)

от \_\_\_\_\_

Регистрационный номер:

\_\_\_\_\_ (заполняется лицензирующим органом)

от \_\_\_\_\_

В МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ  
ОБЛАСТИ

## ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕКРАЩЕНИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

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

1.	Организационно-правовая форма и 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 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 _____ № _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
9.	Адреса(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности Выполняемые работы,	

	оказываемые услуги, составляющие фармацевтическую деятельность в сфере обращения лекарственных препаратов для медицинского применения	
10	Дата фактического прекращения фармацевтической деятельности	
11.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
12.	Форма получения юридическим лицом уведомления о решении лицензирующего органа	<*> 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

\_\_\_\_\_  
 (Ф.И.О., руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

М.П.

(Подпись)

Лицензиат, имеющий намерение прекратить фармацевтическую деятельность, обязан представить или направить в лицензирующий орган заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении заявление о прекращении фармацевтической деятельности не позднее чем за пятнадцать календарных дней до дня фактического прекращения лицензируемого вида деятельности (часть 14 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»)

Входящий номер: \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

от \_\_\_\_\_

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

от \_\_\_\_\_

В МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ  
ОБЛАСТИ

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

1.	Организационно-правовая форма и 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 _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке соискателя лицензии 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 деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их	_____ (адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)  Выполняемые виды работы согласно приложению к заявлению

	<p>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>	
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 помещений, 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>Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо</p>	<p>Реквизиты документа: <i>(дата и № документа, КПП)</i></p>

	иные сведения	
14.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
15.	Информирование по вопросам лицензирования (указать в случае, если заявителю необходимо направлять указанные сведения в электронной форме)	Адрес электронной почты:
16.	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

\_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя, документ, подтверждающий полномочия)*

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

М.П. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(Подпись)*

**Перечень заявляемых работ и услуг, составляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений**

\_\_\_\_\_  
*(наименование юридического лица)*

По адресам мест осуществления деятельности:

\_\_\_\_\_  
*(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)*

<i>РАБОТЫ (УСЛУГИ) выполняемые:</i>	<i>Примечание</i>
_____* Хранение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.;	
_____*Перевозка наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.;	
_____*Реализация наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.;	



___* Уничтожение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;	
___*Хранение психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;	
___*Перевозка психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;	
___*Отпуск физическим лицам психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;	
___*Отпуск (за исключением отпуска физическим лицам) психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___*Реализация психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;	
___* Приобретение психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;	
___*Изготовление психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;	
___*Использование психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в медицинских целях;	
___*Уничтожение психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.	

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.      Руководитель организации-заявителя \_\_\_\_\_  
*ФИО, подпись*

М. П.

## Опись документов

Настоящим удостоверяется, что соискатель лицензии \_\_\_\_\_  
(наименование соискателя лицензии)

представил в лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области  
(наименование лицензирующего органа)

нижеследующие документы для предоставления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области принял от соискателя лицензии «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. за №

\_\_\_\_\_ 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	
2	Копии документов, которые подтверждают наличие у соискателя лицензии на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ помещений, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним *	
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 оборудования *	
4	Копия сертификата специалиста, подтверждающего соответствующую профессиональную подготовку руководителя юридического лица или руководителя соответствующего подразделения юридического лица при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ*	
5	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, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом*	
6	Копии документов об образовании лиц, осуществляющих деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ, а также о квалификации фармацевтических и медицинских работников*	
7	Доверенность	
8	Прочие документы, свидетельствующие о наличии у соискателя лицензии возможности выполнения лицензионных требований*	

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)

МП



Входящий номер: \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

от \_\_\_\_\_

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

от \_\_\_\_\_

В МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ  
ОБЛАСТИ

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПЕРЕОФОРМЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ НА  
ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 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

№ п/п	Сведения о заявителе	Сведения о лицензиате/лицензиатах	Новые сведения о лицензиате или его правопреемнике
1.	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица индивидуального предпринимателя		
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 соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц.	Выдан  <i>(орган, выдавший документ)</i>  Дата выдачи _____  Бланк: серия _____ № _____  Адрес _____	
7.	Идентификационный номер налогоплательщика		
8.	Данные документа, являющегося основанием для переоформления документа, подтверждающего наличие лицензии	  <i>(орган, принявший решение)</i>  Реквизиты документа _____	
9.	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	1. Адрес: _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i>  Выполняемые виды работы:	1. Адрес: _____  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i>  Выполняемые виды работы согласно приложению к заявлению
10.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения	Реквизиты документа:  <i>(дата и № документа, КПП)</i>	
11.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты		

12.	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)
-----	--	--

<\*> Нужно указать.

\_\_\_\_\_,  
*(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя, документ, подтверждающий полномочия)*

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

\_\_\_\_\_  
*(Подпись)*

М.П.

**Перечень заявляемых работ и услуг, составляющих деятельность по обороту  
наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию  
наркосодержащих растений**

(наименование юридического лица)

По адресам мест осуществления деятельности:

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

<i>РАБОТЫ (УСЛУГИ) выполняемые:</i>	<i>Примечание</i>
___* Хранение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;	
___*Перевозка наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;	
___*Реализация наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;	
___*Приобретение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;	
___*Использование наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в экспертной деятельности;	
___*Отпуск (за исключением отпуска физическим лицам) наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___*Уничтожение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;	
___*Хранение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;	
___*Перевозка наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в	



___*Изготовление психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;	
___*Использование психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в медицинских целях;	
___*Уничтожение психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.	

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.      Руководитель      организации-заявителя \_\_\_\_\_  
*ФИО, подпись*

М. П.

### Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

(наименование лицензиата)

представил в лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области

(наименование лицензирующего органа)

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

(<\*> нужно указать)

I. 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

Лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области принял от лицензиата «\_\_»\_\_ 20\_\_ г. за № \_\_\_\_\_ документы, для переоформления 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 о переоформлении лицензии	
2	Оригинал действующей лицензии	
3	Доверенность	
4	Прочие документы, свидетельствующие о наличии у лицензиата возможности соблюдения лицензионных требований *	

*\* копии документов, не заверенные нотариально, предоставляются с предъявлением оригинала*

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.

Входящий номер: \_\_\_\_\_  
(заполняется лицензирующим органом)

от \_\_\_\_\_

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

от \_\_\_\_\_

**В МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ  
ОБЛАСТИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПЕРЕОФОРМЛЕНИИ ЛИЦЕНЗИИ НА  
ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 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:**

<\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности

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

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

<\*> прекращением деятельности по выполнению работ, оказанию 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

1.	Организационно-правовая форма и 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.	Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины, либо иные сведения	Реквизиты документа:  (дата и № документа, КПП)
8.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
9.	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)
10.	<b>&lt;*&gt; изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности</b>	
10.1.	Сведения о новых адресах мест осуществления лицензируемого вида деятельности.  Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений	_____ <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i>  Выполняемые виды работы согласно приложению к заявлению
10.2	Сведения о документах, подтверждающих наличие у лицензиата на праве собственности или на ином законном основании соответствующих установленным требованиям и необходимых для осуществления деятельности	Реквизиты документов: _____

	по обороту наркотических средств, психотропных веществ помещений, права на которые зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним	
10.3	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»	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
10.4	Сведения о сертификате специалиста, подтверждающем соответствующую профессиональную подготовку руководителя подразделения юридического лица, расположенного по новому адресу, при осуществлении оборота наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня, прекурсоров, внесенных в список I перечня, и культивирования наркосодержащих растений	Реквизиты сертификата:
11.	<b>&lt;*&gt; изменением перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности, ранее не указанных в лицензии</b>	
11.1	Сведения о новых работах (услугах), которые лицензиат намерен выполнять при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений  Адрес(а) места осуществления	<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>

	лицензируемого вида деятельности, на котором лицензиат намерен выполнять новые работы (услуги)	
<b>12.</b>	<b>&lt;*&gt; прекращением деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии</b>	
<b>12.1</b>	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>(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>
<b>13.2</b>	Дата фактического прекращения деятельности по одному адресу или нескольким адресам мест осуществления деятельности, указанным в лицензии	
<b>14.</b>	<b>&lt;*&gt; прекращением деятельности по выполнению работ, оказанию услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности и указанных в лицензии</b>	
<b>14.1</b>	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>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i>  Выполняемые виды работы, которые лицензиат прекращает исполнять:
<b>14.2</b>	Дата фактического прекращения лицензиатом выполнения, указанных в	

	лицензии работ, услуг		
15.	<b>&lt;*&gt; истечением срока действия лицензии (лицензий), на виды деятельности, наименования которых изменены, не содержащей (не содержащих) перечня выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности</b>		
	Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений	(Сведения о лицензиате)  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i>  Выполняемые виды работы:	(Новые сведения о лицензиате)  <i>(адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности)</i>  Выполняемые виды работы согласно приложению к заявлению
	Адрес(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности		

<\*> Нужно указать.

\_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О. руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица, индивидуального предпринимателя или иного лица, имеющего право действовать от имени юридического лица или индивидуального предпринимателя, документ, подтверждающий полномочия)*

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

М.П.

\_\_\_\_\_  
*(Подпись)*

Приложение № 1 к заявлению о  
переоформлении лицензии

**Перечень заявляемых работ и услуг, составляющих деятельность по обороту  
наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию  
наркосодержащих растений**

(наименование юридического лица)

По адресам мест осуществления деятельности:

(указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

<i>РАБОТЫ (УСЛУГИ) выполняемые:</i>	<i>Примечание</i>
___* Хранение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.;	
___*Перевозка наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;	
___*Реализация наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;	
___*Приобретение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;	
___*Использование наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в экспертной деятельности;	
___*Отпуск (за исключением отпуска физическим лицам) наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации	
___*Уничтожение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;	
___*Хранение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;	
___*Перевозка наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации;	



___*Использование психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в медицинских целях;	
___*Уничтожение психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.	

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.      Руководитель      организации-заявителя \_\_\_\_\_  
*(ФИО, подпись)*

М. П.

### Опись документов

Настоящим удостоверяется, что лицензиат (правопреемник)

\_\_\_\_\_ (наименование лицензиата)  
представил в лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области \_\_\_\_\_ (наименование лицензирующего органа)  
нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений  
(<\*> нужное указать)

I. 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 по выполнению работ, оказанию 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

Лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области принял от лицензиата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. за № \_\_\_\_\_ документы, для переоформления 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 о переоформлении лицензии	
2	Оригинал действующей лицензии	
3	Доверенность	
4	Прочие документы, свидетельствующие о наличии у лицензиата возможности соблюдения лицензионных требований *	

*\* копии документов, не заверенные нотариально, предоставляются с предъявлением оригинала*

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 (правопреемник)

\_\_\_\_\_ (наименование лицензиата)  
представил в лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области \_\_\_\_\_ (наименование лицензирующего органа)  
нижеследующие документы для переоформления лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

В связи с:

<\*> изменением адресов мест осуществления лицензируемого вида

Лицензирующий орган Министерство здравоохранения Свердловской области принял от лицензиата «\_\_»\_\_\_\_\_ 20\_\_г. за № \_\_\_\_\_ документы, для переоформления 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 о переоформлении лицензии	
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 помещений, 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 оборудования, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним *	
5	Доверенность	
6	Прочие документы, свидетельствующие о наличии у лицензиата возможности выполнения лицензионных требований *	

\* копии документов, не заверенные нотариально, предоставляются с предъявлением оригинала

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.

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

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

**В МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ  
ОБЛАСТИ**

## **Заявление**

**о предоставлении дубликата/копии лицензии**  
на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных  
веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений

\_\_\_\_\_  
(полное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_  
(место нахождения юридического лица, индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_  
(государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица)

\_\_\_\_\_  
(идентификационный номер налогоплательщика)

просит предоставить дубликат/копию лицензии на осуществление деятельности  
по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров,  
культивированию наркосодержащих растений, выданной

\_\_\_\_\_  
(наименование лицензирующего органа)

Реквизиты документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за  
предоставление дубликата лицензии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Номер и дата регистрации лицензии \_\_\_\_\_

Руководитель юридического лица,  
индивидуальный предприниматель

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

М.П.

-----  
<\*> За предоставление дубликата лицензии уплачивается государственная пошлина в соответствии со  
ст. 333.33 Налогового кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации,  
2000, № 32, ст. 3340; 2009, № 52 (часть I), ст. 6450; 2010, № 46, ст. 5918).

**В Министерство  
здравоохранения  
Свердловской области**

---

---

*(полное наименование заявителя)*

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выдаче выписки/сведений из реестра лицензий на осуществление  
деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их  
прекурсоров, по культивированию наркосодержащих растений**

---

*(полное наименование лицензиата)*

---

*(место нахождения лицензиата)*

---

*(адрес мест осуществления лицензируемого вида деятельности)*

просим выдать выписку/сведения из реестра лицензий.

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

Вх.№ \_\_\_\_\_

от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Входящий номер:

\_\_\_\_\_

(заполняется лицензирующим органом)

от \_\_\_\_\_

Регистрационный номер:

\_\_\_\_\_

(заполняется лицензирующим органом)

от \_\_\_\_\_

**В МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ  
ОБЛАСТИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕКРАЩЕНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ОБОРОТУ  
НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ И ИХ  
ПРЕКУРСОРОВ, КУЛЬТИВИРОВАНИЮ НАРКОСОДЕРЖАЩИХ РАСТЕНИЙ**

Регистрационный № \_\_\_\_\_ лицензии от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,  
предоставленной \_\_\_\_\_

(наименование лицензирующего органа)

1.	Организационно-правовая форма и 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 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 _____ № _____
7.	Идентификационный номер налогоплательщика	
8.	Данные документа о постановке лицензиата на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
9.	Адреса(а) мест осуществления лицензируемого вида деятельности Выполняемые работы,	

	оказываемые услуги, составляющие деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ	
10	Дата фактического прекращения деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ	
11.	Номер телефона, (в случае, если имеется) адрес электронной почты	
12.	Форма получения юридическим лицом уведомления о решении лицензирующего органа	<*> 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

\_\_\_\_\_,  
 (Ф.И.О., руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или иного лица, имеющего право действовать от имени этого юридического лица)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

М.П.

(Подпись)

Лицензиат, имеющий намерение прекратить деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ, обязан представить или направить в лицензирующий орган заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении заявление о прекращении деятельности не позднее чем за пятнадцать календарных дней до дня фактического прекращения лицензируемого вида деятельности (часть 14 ст. 18 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»)



**ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**П Р И К А З  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
о проведении плановой/внеплановой, документарной/выездной проверки  
юридического лица, индивидуального предпринимателя**

от «\_\_» \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_

1. Провести \_\_\_\_\_ плановую/внеплановую документарную/выездную проверку в отношении \_\_\_\_\_.

*(наименование юридического лица, фамилия, имя и отчество индивидуального предпринимателя)*

2. Место нахождения: \_\_\_\_\_;

*(юридического лица или место жительства индивидуального предпринимателя)*

адрес места осуществления деятельности: \_\_\_\_\_.

3. Назначить лицами, уполномоченными на проведение проверки:

- 1)
- 2)
- 3)

4. Установить, что данное мероприятие по контролю проводится с целью:

1) оценки соответствия сведений, содержащихся в представленных заявлениях и документах, сведениям о соискателе лицензии/лицензиате, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц, едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей и других федеральных информационных ресурсах, по заявлению \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_;

*(наименование юридического лица, фамилия, имя и отчество индивидуального предпринимателя)*

2) осуществления контроля возможности выполнения лицензионных требований при осуществлении фармацевтической деятельности, по заявлению \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_;

*(наименование юридического лица, фамилия, имя и отчество индивидуального предпринимателя)*

3) осуществления лицензионного контроля за соблюдением лицензионных требований при осуществлении фармацевтической деятельности на основании плана проверок Министерства здравоохранения Свердловской области на 20\_\_ год;

4) проверки исполнения предписания от \_\_\_\_\_ к акту проверки № \_\_\_\_\_ об устранении выявленного нарушения при осуществлении фармацевтической деятельности;

5) проверки информации, содержащейся в обращениях и заявлениях граждан, юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, органов государственного контроля (надзора), муниципального контроля от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_;

6) исполнения поручения Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_;

7) исполнения требования прокурора от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ о проведении внеплановой проверки соблюдения лицензионных требований при осуществлении фармацевтической деятельности.

Задачами настоящей проверки являются:

1) определение соответствия сведений, содержащихся в представленных заявлениях и документах, сведениям о соискателе лицензии/лицензиате, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц, едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей и других федеральных информационных ресурсах;

2) определение соответствия лицензируемого объекта лицензионным требованиям при осуществлении фармацевтической деятельности;

3) проверка соблюдения лицензионных требований при осуществлении фармацевтической деятельности.

5. Предметом настоящей проверки является:

1) сведения, содержащиеся в представленных заявлениях и документах; сведения о соискателе лицензии/лицензиате, содержащиеся в едином государственном реестре юридических лиц, едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей и других федеральных информационных ресурсах;

2) соблюдение лицензионных требований при осуществлении фармацевтической деятельности;

3) выполнение предписаний Министерства здравоохранения Свердловской области.

6. Срок проведения проверки: \_\_\_\_\_ рабочих дней.

К проведению проверки приступить

с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Проверку окончить не позднее

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

7. Правовые основания проведения проверки:

- Федеральный закон от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;

- Федеральный закон от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля»;

- постановление Правительства Российской Федерации от 22.12.2011 № 1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности»;

- постановление Правительства Российской Федерации от 08.08.2009 № 654 «О совершенствовании государственного регулирования цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства»;

- приказ Минздрава России от 22.04.2014 № 183н «Об утверждении перечня лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету»;

- приказ Минздравсоцразвития России от 14.12.2005 № 785 «О Порядке отпуска лекарственных средств»;

- приказ Минздравсоцразвития России от 12.02.2007 № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания»;

- приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»;

- приказ Минздрава России от 17.06.2013 № 378н «Об утверждении правил регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, включенных в перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, в специальных журналах учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, и правил ведения и хранения специальных журналов учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения»;

- приказ Минздравсоцразвития России от 23.08.2010 № 706н «Об утверждении Правил хранения лекарственных средств»;

- приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.09.2010 № 805н «Об утверждении минимального ассортимента лекарственных препаратов для медицинского применения, необходимых для оказания медицинской помощи»;

- приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 562н «Об утверждении Порядка отпуска физическим лицам лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих кроме малых количеств наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров другие фармакологические активные вещества»;

- приказ Минздрава РФ от 21.10.1997 № 309 «Об утверждении Инструкции по санитарному режиму аптечных организаций (аптек)»;

- приказ Минздрава РФ от 16.07.1997 № 214 «О контроле качества лекарственных средств, изготавливаемых в аптечных организациях (аптеках)»;

- приказ Минздрава РФ от 16.10.1997 № 305 «О нормах отклонений, допустимых при изготовлении лекарственных средств и фасовке промышленной продукции в аптеках»;

- приказ Минздрава РФ от 21.10.1997 № 308 «Об утверждении инструкции по изготовлению в аптеках жидких лекарственных форм»;

- постановление Правительства Свердловской области от 08.08.2012 № 865-ПП «Об организации осуществления полномочий Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, переданных в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" органам государственной власти субъектов Российской Федерации, на территории Свердловской области»;

- постановление РЭК Свердловской области от 01.12.2010 № 149-ПК «Об утверждении предельных размеров надбавок к ценам на лекарственные препараты».

8. В процессе проверки провести следующие мероприятия по контролю, необходимые для достижения целей и задач проведения проверки:

- рассмотрение представленных документов юридического лица, индивидуального предпринимателя;

- визуальный осмотр объекта \_\_\_\_\_  
(наименование юридического, фамилия, имя и отчество индивидуального предпринимателя)

с целью оценки соответствия объекта обязательным требованиям и условиям;

- оценку соответствия помещений и оборудования установленным требованиям;

- оценку соответствия образования и своевременности повышения квалификации руководителя и работников, деятельность которых непосредственно связана с розничной торговлей лекарственными препаратами, их отпуск, хранением и изготовлением;

- проверку соблюдения правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения;

- проверку соблюдения установленных предельных размеров розничных надбавок к фактическим отпускным ценам производителей на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;

- проверку соблюдения правил изготовления и отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения (для производственных аптек);

- проверку соблюдения правил хранения лекарственных средств;

- проверку организации контроля за сроками годности;

- проверку организации работы по недопущению оборота фальсифицированных, недоброкачественных и контрафактных лекарственных средств;

- проверку организации учета лекарственных средств;

- проверку организации системы управления качеством аптечной организации.

9. Перечень административных регламентов по осуществлению государственного контроля (надзора), осуществлению муниципального контроля: регламент Министерства здравоохранения Свердловской области по предоставлению государственных услуг по лицензированию фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук), утвержденный приказом Министра здравоохранения Свердловской области от 24.08.2012 г. № 971-п.

10. Перечень документов, представление которых юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем необходимо для достижения целей и задач проведения проверки:



- заявление соискателя лицензии/лицензиата;
- учредительные документы юридического лица;
- документ, подтверждающий полномочия руководителя или иного уполномоченного представителя юридического лица, (приказ, распоряжение, доверенность и др.);
- документы, подтверждающие право собственности или иное законное основание использования помещений и оборудования для осуществления фармацевтической деятельности;
- заключение Роспотребнадзора;
- технический паспорт объекта (с планами и экспликациями помещений);
- документы, подтверждающие охрану аптечной организации;
- договоры на закупку продукции и копии лицензий поставщиков;
- товарные накладные, реестры сертификатов поставщиков, протоколы согласования цен, реестры розничных цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;
- журналы регистрации контроля качества изготавливаемых лекарственных препаратов, паспорта письменного контроля (для производственных аптек);
- документы, подтверждающие поверку приборов и оборудования;
- специальный журнал учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения; рецепты на лекарственные препараты, подлежащие предметно-количественному учету; акты на уничтожение рецептов;
- журнал учета срока годности, стеллажные карты, акты на списание, договора на уничтожение лекарственных препаратов;
- штатное расписание, табель учета рабочего времени;
- приказы о назначении заведующего аптечной организацией и фармспециалистов;
- документы о высшем или среднем фармацевтическом образовании и сертификата специалиста, повышении квалификации специалистов; трудовые договора и трудовые книжки;
- оригиналы лицензий на осуществление фармацевтической и/или медицинской деятельности;
- журнал учета проверок юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, форма которого утверждена приказом Минэкономразвития России от 30.04.2009 № 141.

11. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Заместитель Министра

Е.А. Чадова

С приказом ознакомлен, копию приказа получил,  
с административным регламентом ознакомлен \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется) и должность  
должностного лица, непосредственно подготовившего проект распоряжения  
(приказа), контактный телефон, электронный адрес (при наличии))



**ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**П Р И К А З  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
о проведении плановой/внеплановой, документарной/выездной проверки  
юридического лица, индивидуального предпринимателя**

от «\_\_» \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_

1. Провести \_\_\_\_\_ плановую/внеплановую документарную/выездную проверку в отношении \_\_\_\_\_.  
*(наименование юридического лица)*

2. Место нахождения: \_\_\_\_\_;  
*(юридического лица)*

адрес места осуществления деятельности: \_\_\_\_\_

3. Назначить лицами, уполномоченными на проведение проверки:

- 1)
- 2)
- 3)

4. Установить, что данное мероприятие по контролю проводится с целью:

1) оценки соответствия сведений, содержащихся в представленных заявлениях и документах, сведениям о соискателе лицензии/лицензиате, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц, и других федеральных информационных ресурсах, по заявлению \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_;  
*(наименование юридического лица)*

2) осуществления контроля возможности выполнения лицензионных требований при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня, по заявлению \_\_\_\_\_  
*(наименование юридического лица)*

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_;

3) осуществления лицензионного контроля за соблюдением лицензионных требований при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня, на основании плана проверок Министерства здравоохранения Свердловской области на 20\_\_ год;

4) проверки исполнения предписания от \_\_\_\_\_ к акту проверки № \_\_\_\_\_ об устранении выявленного нарушения при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня;

5) проверки информации, содержащейся в обращениях и заявлениях граждан, юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, органов государственного контроля (надзора), муниципального контроля от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_;

6) исполнения поручения Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_;

7) исполнения требования прокурора от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ о проведении внеплановой проверки соблюдения лицензионных требований при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня.

Задачами настоящей проверки являются:

2) определение соответствия сведений, содержащихся в представленных заявлениях и документах, сведениям о соискателе лицензии/лицензиате, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц, и других федеральных информационных ресурсах;

2) определение соответствия лицензируемого объекта лицензионным требованиям при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня;

3) проверка соблюдения лицензионных требований при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня

5. Предметом настоящей проверки является:

1) сведения, содержащиеся в представленных заявлениях и документах; сведения о соискателе лицензии/лицензиате, содержащиеся в едином государственном реестре юридических лиц, и других федеральных информационных ресурсах;

2) соблюдение лицензионных требований при осуществлении деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I - III перечня;

3) выполнение предписаний Министерства здравоохранения Свердловской области.

6. Срок проведения проверки: \_\_\_\_\_ рабочих дней.

К проведению проверки приступить

с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Проверку окончить не позднее

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

7. Правовые основания проведения проверки:

- Федеральный закон от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;

- Федеральный закон от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»;

- Федеральный закон от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля»;

- постановление Правительства РФ от 22.12.2011 № 1085 «О лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений»;

- постановление Правительства РФ от 30.06.1998 № 681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации»;

- постановление Правительства РФ от 06.08.1998 № 892 «Об утверждении Правил допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ»;

- постановление Правительства РФ от 04.11.2006 № 644 «О порядке представления сведений о деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, и регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ»;

- постановление Правительства РФ от 31.12.2009 № 1148 «О порядке хранения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров»;

- постановление Правительства РФ от 12.06.2008 № 449 «О порядке перевозки наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров на территории Российской Федерации, а также оформления необходимых для этого документов»;

- приказ Минздравсоцразвития России от 12.02.2007 № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания»;

- приказ Минздравсоцразвития РФ от 16.05.2011 № 397н «Об утверждении специальных требований к условиям хранения наркотических средств и психотропных веществ, зарегистрированных в установленном порядке в Российской Федерации в качестве лекарственных средств, предназначенных для медицинского применения, в аптечных, лечебно-профилактических учреждениях, научно-исследовательских, учебных организациях и организациях оптовой торговли лекарственными средствами»;

- приказ Минздрава РФ от 12.11.1997 № 330 «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических средств и психотропных веществ»;

- приказ Минздрава РФ от 28.03.2003 № 127 «Об утверждении Инструкции по уничтожению наркотических средств и психотропных веществ, входящих в Списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, дальнейшее использование которых в медицинской практике признано нецелесообразным»;

- приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»;

- приказ Минздрава России от 01.08.2012г. № 54н «Об утверждении формы бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления»;

- постановление Правительства Свердловской области от 30.01.2008 г. № 54-ПП «Об организации осуществления на территории Свердловской области полномочий Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, переданных в соответствии со статьей 6 Федерального закона от 29.12.2006 г. № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием разграничения полномочий органам государственной власти субъектов РФ».

8. В процессе проверки провести следующие мероприятия по контролю, необходимые для достижения целей и задач проведения проверки:

- рассмотрение представленных документов юридического лица;

- визуальный осмотр объекта \_\_\_\_\_

(наименование юридического лица)

с целью оценки соответствия объекта обязательным требованиям и условиям;

- оценку соответствия помещений и оборудования установленным требованиям;

- оценку порядка допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами;

- проверку порядка хранения наркотических средств и психотропных веществ;

- проверку порядка перевозки наркотических средств и психотропных веществ;

- проверку порядка отпуска наркотических средств и психотропных веществ;

- проверку порядка уничтожения наркотических средств и психотропных веществ;

- проверку порядка использования наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях;

- проверку порядка представления отчетов о деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ;

- проверку порядка ведения и хранения специальных журналов регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ;

- оценку соответствия образования и своевременности повышения квалификации руководителя и работников, осуществляющих деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ.

9. Перечень административных регламентов по осуществлению государственного контроля (надзора), осуществлению муниципального контроля: регламент Министерства здравоохранения Свердловской области по предоставлению государственных услуг по лицензированию деятельности по обороту наркотических средств и психотропных

веществ, внесенных в списки I - III перечня (за исключением деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ в части, осуществляемой Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития), утвержденный приказом Министра здравоохранения Свердловской области от 24.08.2012 г. № 966-п.

10. Перечень документов, представление которых юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем необходимо для достижения целей и задач проведения проверки:

- заявление соискателя лицензии/лицензиата;
- учредительные документы юридического лица;
- документы, подтверждающие право собственности или иное законное основание использования помещений и оборудования для осуществления деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ;
- справки, выданные государственными или муниципальными учреждениями здравоохранения, об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими служебными обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом;
- заключение 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, 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;
- приказ руководителя организации о допуске сотрудников к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами;
- трудовые договора с включением взаимных обязательств организации и сотрудников, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ;
- заключение органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ о соответствии объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ, установленным требованиям к оснащению этих объектов и помещений инженерно-техническими средствами охраны;
- документы, подтверждающие поверку приборов для измерения температуры и влажности;
- договор охраны помещений;
- Журналы регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, а также документы и приказы, подтверждающие порядок их ведения и хранения;
- документ, подтверждающий наличие у руководителя юридического лица или руководителя соответствующего подразделения юридического лица специальной подготовки в сфере лицензируемой деятельности;
- документы о среднем профессиональном, высшем профессиональном, дополнительном профессиональном образовании и (или) специальную подготовку в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ, повышении квалификации специалистов с фармацевтическим и медицинским образованием;
- декларации соответствия, удостоверяющие качество наркотических средств и психотропных веществ;
- документы, необходимые для осуществления перевозки наркотических средств и психотропных веществ;
- рецепты, требования по отпуску наркотических средств и психотропных веществ;
- договор на уничтожение наркотических средств и психотропных веществ с организациями, имеющими соответствующую лицензию;
- документы по уничтожению использованных ампул из-под наркотических средств и психотропных веществ;

- журнал по учету специальных рецептурных бланков;
- отчет о деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, установленного Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 ноября 2006 г. № 644;
- договора, контракты на закупку наркотических средств и психотропных веществ;
- договора на поставку наркотических средств и психотропных веществ;
- лицензия на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений;
- журнал учета проверок юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, форма которого утверждена приказом Минэкономразвития России от 30.04.2009 № 141.

11. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Заместитель Министра

Е.А. Чадова

С приказом ознакомлен, копию приказа получил,  
с административным регламентом ознакомлен \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется) и должность  
должностного лица, непосредственно подготовившего проект распоряжения  
(приказа), контактный телефон, электронный адрес (при наличии))



**ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**П Р И К А З  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
о проведении внеплановой документарной проверки \_\_\_\_\_**

от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

№ \_\_\_\_\_

1. Провести внеплановую документарную проверку в отношении: \_\_\_\_\_.
2. Место нахождения: \_\_\_\_\_; адрес места осуществления деятельности: \_\_\_\_\_.

3. Назначить лицами, уполномоченными на проведение проверки:

- 1)
- 2)
- 3)

4. Установить, что настоящая проверка проводится с целью оценки соответствия сведений, содержащихся в представленных заявлениях и документах, сведениям о лицензиате, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц, едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей и в других федеральных информационных ресурсах по заявлению \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г регистрационный номер № ЛО-05-01-66-\_\_\_\_\_.

Задачами настоящей проверки являются, определение соответствия сведений, содержащихся в представленных заявлениях и документах, сведениям о лицензиате, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц, едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей и других федеральных информационных ресурсах.

5. Предметом настоящей проверки являются сведения, содержащиеся в представленных заявлениях и документах, сведениям о лицензиате, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц, едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей и других федеральных информационных ресурсах.

6. Срок проведения проверки: \_\_\_\_\_ рабочих дня.

К проведению проверки приступить с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Проверку окончить не позднее « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

7. Правовые основания проведения проверки:

- Федеральный закон от 26 декабря 2008 года № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля»;

- Федеральный закон от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

- Положение о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291;

- Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

8. В процессе проверки провести следующие мероприятия по контролю, необходимые для достижения целей и задач проведения документарной проверки:

- рассмотрение представленных заявлений и документов юридического лица, индивидуального предпринимателя.

9. Перечень административных регламентов по осуществлению контроля, необходимых для проведения проверки: регламент Министерства здравоохранения Свердловской области предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук), утвержденный приказом Министра здравоохранения Свердловской области от 24 августа 2012 г. № 970-п.

10. Перечень документов, представление которых юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем необходимо для достижения целей и задач проведения документарной проверки:

- заявление лицензиата о переоформлении лицензии;

- оригинал действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности.

11. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

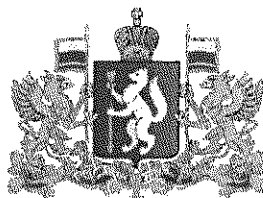
Заместитель Министра

Е. А. Чадова

С приказом ознакомлен, копию приказа получил,  
с административным регламентом ознакомлен \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется) и должность  
должностного лица, непосредственно подготовившего проект распоряжения  
(приказа), контактный телефон, электронный адрес (при наличии))





ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**П Р И К А З**  
**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**  
**о проведении внеплановой документарной и выездной проверки**

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.

№ \_\_\_\_\_

1. Провести внеплановую документарную, выездную проверку в отношении: \_\_\_\_\_.
2. Место нахождения: \_\_\_\_\_; адрес места осуществления деятельности: \_\_\_\_\_.
3. Назначить лицами, уполномоченными на проведение проверки:

- 1)
- 2)
- 3)

4. Установить, что данное мероприятие по контролю проводится с целью оценки соответствия сведений, содержащихся в представленных заявлениях и документах, сведениям о соискателе лицензии, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц, едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей и других федеральных информационных ресурсах, а также осуществления контроля возможности выполнения лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности по заявлению \_\_\_ от \_\_\_ регистрационный номер № ЛО-05-01-66-\_\_\_\_\_.

Задачами настоящей проверки являются:

1) определение соответствия сведений, содержащихся в представленных заявлениях и документах, сведениям о соискателе лицензии, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц, едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей и других федеральных информационных ресурсах;

2) определение соответствия лицензируемого объекта лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности.

5. Предметом настоящей проверки являются:

1) сведения, содержащиеся в представленных заявлениях и документах; сведения о соискателе лицензии, содержащиеся в едином государственном реестре юридических лиц, едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей и других федеральных информационных ресурсах;

2) возможность выполнения лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности.

6.Срок проведения проверки: 20 рабочих дней

К проведению проверки приступить с «\_\_\_» \_\_\_\_\_.

Проверку окончить не позднее «\_\_\_» \_\_\_\_\_.

7. Правовые основания проведения проверки:

- Федеральный закон от 26 декабря 2008 года № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля»;

- Федеральный закон от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

- Положение о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291;

- Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

8. В процессе проверки провести следующие мероприятия по контролю, необходимые для достижения целей и задач проведения проверки:

1) рассмотрение представленных документов юридического лица/ индивидуального предпринимателя.

2) визуальный осмотр объекта \_\_\_\_\_ с целью оценки соответствия его обязательным требованиям.

9. Перечень административных регламентов по осуществлению контроля, необходимых для проведения проверки: регламент Министерства здравоохранения Свердловской области предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук), утвержденный приказом Министра здравоохранения Свердловской области от 24 августа 2012г. № 970-п.

10. Перечень документов, представление которых юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем необходимо для достижения целей и задач проведения проверки:

- заявление соискателя лицензии о предоставлении лицензии;

- документ, подтверждающий полномочия руководителя или иного уполномоченного представителя юридического лица (приказ, распоряжение, доверенность и др.);

- документы, подтверждающие право собственности или иное законное основание использования помещений для осуществления медицинской деятельности;

- документы, подтверждающие право собственности или иное законное основание использования медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке;

- документы о высшем и среднем медицинском, или ином необходимом для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональным образованием, сертификат специалиста, повышении квалификации специалистов; трудовые договора и трудовые книжки;

- трудовые договоры и документы об образовании на специалистов, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности;

- документы, подтверждающие поверку приборов и оборудования;

- заключение Роспотребнадзора;

- штатное расписание, функционально-должностные инструкции на специалистов и вспомогательный персонал;

- документы, подтверждающие наличие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- журнал учета проверок юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, форма которого утверждена приказом Минэкономразвития России от 30 апреля 2009г № 141.

11. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Заместитель Министра

Е.А. Чадова

С приказом ознакомлен, копию приказа получил,  
с административным регламентом ознакомлен \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется) и должность  
должностного лица, непосредственно подготовившего проект распоряжения  
(приказа), контактный телефон, электронный адрес (при наличии))



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**П Р И К А З**  
**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**  
**о проведении внеплановой документарной и выездной проверки \_\_\_\_\_**

от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

№ \_\_\_\_\_

1. Провести внеплановую документарную, выездную проверку в отношении: \_\_\_\_\_.
2. Место нахождения: \_\_\_\_; адрес места осуществления деятельности: \_\_\_\_\_.
3. Назначить лицами, уполномоченными на проведение проверки:
  - 1)
  - 2)
  - 3)
4. Установить, что данное мероприятие по контролю проводится с целью оценки соответствия сведений, содержащихся в представленных заявлениях и документах, сведениям о соискателе лицензии, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц, едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей и других федеральных информационных ресурсах, а также осуществления контроля возможности выполнения лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности по заявлению \_\_\_\_ от \_\_\_\_ регистрационный номер № ЛО-05-01-66-\_\_\_\_\_.  
Задачами настоящей проверки являются:
  - 1) определение соответствия сведений, содержащихся в представленных заявлениях и документах, сведениям о соискателе лицензии, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц, едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей и других федеральных информационных ресурсах;
  - 2) определение соответствия лицензируемого объекта лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности.
5. Предметом настоящей проверки являются:
  - 1) сведения, содержащиеся в представленных заявлениях и документах; сведения о соискателе лицензии, содержащиеся в едином государственном реестре юридических лиц, едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей и других федеральных информационных ресурсах;
  - 2) возможность выполнения лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности.
6. Срок проведения проверки: 20 рабочих дней  
К проведению проверки приступить с «\_\_» \_\_\_\_\_.  
Проверку окончить не позднее «\_\_» \_\_\_\_\_.
7. Правовые основания проведения проверки:

- Федеральный закон от 26 декабря 2008 года № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля»;

- Федеральный закон от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

- Положение о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291;

- Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

8. В процессе проверки провести следующие мероприятия по контролю, необходимые для достижения целей и задач проведения проверки:

1) рассмотрение представленных документов юридического лица/ индивидуального предпринимателя.

2) визуальный осмотр объекта \_\_\_\_\_ с целью оценки соответствия его обязательным требованиям.

9. Перечень административных регламентов по осуществлению контроля, необходимых для проведения проверки: регламент Министерства здравоохранения Свердловской области предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук), утвержденный приказом Министра здравоохранения Свердловской области от 24 августа 2012г. № 970-п.

10. Перечень документов, представление которых юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем необходимо для достижения целей и задач проведения проверки:

- заявление лицензиата о переоформлении лицензии;

- документ, подтверждающий полномочия руководителя или иного уполномоченного представителя юридического лица (приказ, распоряжение, доверенность и др.);

- оригинал действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности;

- документы, подтверждающие право собственности или иное законное основание использования помещений для осуществления медицинской деятельности;

- документы, подтверждающие право собственности или иное законное основание использования медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке;

- документы о высшем и среднем медицинском, или ином необходимом для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональным образованием, сертификат специалиста, повышении квалификации специалистов; трудовые договора и трудовые книжки;

- трудовые договоры и документы об образовании на специалистов, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности;

- документы, подтверждающие поверку приборов и оборудования;

- заключение Роспотребнадзора;

- штатное расписание, функционально-должностные инструкции на специалистов и вспомогательный персонал;

- документы, подтверждающие наличие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- журнал учета проверок юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, форма которого утверждена приказом Минэкономразвития России от 30 апреля 2009 г. № 141.

11. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Заместитель Министра

Е.А. Чадова

С приказом ознакомлен, копию приказа получил,  
с административным регламентом ознакомлен \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется) и должность  
должностного лица, непосредственно подготовившего проект распоряжения  
(приказа), контактный телефон, электронный адрес (при наличии))



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**П Р И К А З**  
**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**  
**О проведении внеплановой выездной/документарной проверки**  
**юридического лица, индивидуального предпринимателя**

от «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

№ \_\_\_\_\_

1. Провести внеплановую выездную/документарную проверку возможности выполнения/соблюдения лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности в отношении: \_\_\_\_\_

*(наименование юридического лица, фамилия, имя и отчество индивидуального предпринимателя)*

2. Место нахождения: \_\_\_\_\_

*(юридического лица или место жительства индивидуального предпринимателя)*

по адресам мест осуществления деятельности: \_\_\_\_\_

3. Назначить лицами, уполномоченными на проведение проверки:

- 1)
- 2)
- 3)

4. Установить, что данное мероприятие по контролю проводится с целью:

1) проверки исполнения предписания от \_\_\_\_\_ к акту проверки № \_\_\_\_\_ об устранении выявленного нарушения при осуществлении медицинской деятельности;

2) проверки информации, содержащейся в обращениях и заявлениях граждан, юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, органов государственного контроля (надзора), муниципального контроля от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_;

3) исполнения поручения Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_;

4) исполнения требования прокурора от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ о проведении внеплановой проверки соблюдения лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности.

Задачами настоящей проверки являются: предупреждение, выявление и пресечение нарушений юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности.

5. Предметом настоящей проверки является:

1) соблюдение лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности;

2) выполнение предписаний Министерства здравоохранения Свердловской области.

6. Срок проведения проверки: \_\_\_\_\_ рабочих дней

К проведению проверки приступить

с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Проверку окончить не позднее

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

7. Правовые основания проведения проверки:

- Федеральный закон от 26 декабря 2008 года № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля»;

- Федеральный закон от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

- Федеральный закон от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- Положение о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 г. № 291»;

- Перечень административных регламентов по осуществлению контроля, необходимых для проведения проверки: регламент Министерства здравоохранения Свердловской области предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук), утвержденный приказом Министра здравоохранения Свердловской области от 24.08.2012 г. № 970-п.

8. В процессе проверки провести следующие мероприятия по контролю, необходимые для достижения целей и задач проведения проверки:

1) рассмотрение представленных документов юридического лица, индивидуального предпринимателя;

2) обследование используемых указанными лицами при осуществлении медицинской деятельности зданий, строений, сооружений, помещений, оборудования;

3) проведение экспертиз, направленных на установление причинно-следственной связи выявленного нарушения обязательных требований с фактами причинения вреда.

9. Перечень документов, представление которых юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем необходимо для достижения целей и задач проведения проверки:

- Наличие учредительных и регистрационных документов (проверка полноты и достоверности сведений, указанных в документах, представленных для получения лицензии, проведена путем сопоставления с соответствующими сведениями):

1) из единого государственного реестра юридических лиц/единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей;



- 2) из единого реестра регистрационных удостоверений/сертификатов соответствия, выданных Федеральной налоговой службой и Федеральным агентством по техническому регулированию и метрологии;
- 3) о соответствии государственным санитарно-эпидемиологическим правилам и нормам по заявленным видам работ и услуг;
- оригинал лицензии;
  - Наличие зданий, строений, сооружений и (или) помещений, принадлежащих лицензиату на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и отвечающих установленным требованиям;
  - Наличие принадлежащих лицензиату на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке;
  - 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 и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности "организация здравоохранения и общественное здоровье";
  - Наличие у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской стаж работы по специальности: не менее 5 лет - при наличии высшего медицинского образования; не менее 3 лет - при наличии среднего медицинского образования;
  - Наличие у индивидуального предпринимателя - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять врачебную помощь - среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности, а также стажа работы по специальности не менее 5 лет - при наличии высшего медицинского образования и не менее 3 лет - при наличии среднего медицинского образования;
  - Наличие заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием);
  - Наличие заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности;

- Соответствие структуры и штатного расписания лицензиата - юридического лица, входящего в государственную или муниципальную систему здравоохранения, общим требованиям, установленным для соответствующих медицинских организаций;
- Соответствие лицензиата - юридического лица: намеренного выполнять заявленные работы (услуги) по обращению донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях, - требованиям, установленным статьей 13 Закона Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов»; намеренного выполнять заявленные работы (услуги) по трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, - требованиям, установленным статьей 4 Закона Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека»;
- Соблюдение порядков оказания медицинской помощи;
- Соблюдение установленного порядка осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе проверка первичной медицинской документации.
- Соблюдение установленного порядка предоставления платных медицинских услуг;
- Повышение квалификации специалистов, выполняющих заявленные работы (услуги), не реже 1 раза в пять лет;
- Соблюдение правил регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, включенных в перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, в специальных журналах учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, и правил ведения и хранения специальных журналов учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения;
- Журнал учета проверок юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, форма которого утверждена приказом Минэкономразвития России от 30.04.2009 № 141.

10. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Заместитель Министра

Е.А. Чадова

С приказом ознакомлен, копию приказа получил,  
с административным регламентом ознакомлен \_\_\_\_\_

---

(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется) и должность  
должностного лица, непосредственно подготовившего проект распоряжения  
(приказа), контактный телефон, электронный адрес (при наличии))



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**П Р И К А З**  
**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**  
**О проведении выездной плановой проверки**  
**юридического лица, индивидуального предпринимателя**

от «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

№ \_\_\_\_\_

В соответствии с Федеральным законом от 26 декабря 2008 года № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» и в соответствии с планом проверок Министерства здравоохранения Свердловской области на \_\_\_\_\_ г., утвержденным приказом Министерства здравоохранения Свердловской области № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

1. Провести выездную плановую проверку соблюдения лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности в отношении:

\_\_\_\_\_

*(наименование юридического лица, фамилия, имя и отчество индивидуального предпринимателя)*

2. Место нахождения: \_\_\_\_\_

*(юридического лица или место жительства индивидуального предпринимателя)*

по адресам мест осуществления деятельности: \_\_\_\_\_

3. Назначить лицами, уполномоченными на проведение проверки:

- 1)
- 2)
- 3)

4. Привлечь к проведению проверки в качестве экспертов, представителей экспертных организаций следующих лиц: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должности привлекаемых к проведению проверки экспертов и (или) наименование экспертной организации с указанием реквизитов свидетельства об аккредитации, выдавшего свидетельство об аккредитации)*

5. Установить, что данное мероприятие по контролю проводится с целью осуществления лицензионного контроля по соблюдению лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности в соответствии с планом проверок на 20\_\_ год.

Задачами настоящей проверки являются: предупреждение, выявление и пресечение нарушений юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности.

6. Предметом настоящей проверки является соблюдение лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности.

7.Срок проведения проверки: \_\_\_\_\_ рабочих дней.

К проведению проверки приступить

с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Проверку окончить не позднее

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

8. Правовые основания проведения проверки:

- Федеральный закон от 04 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;

- Положение о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 г. № 291;

- Федеральный закон от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

9. В процессе проверки провести следующие мероприятия по контролю, необходимые для достижения целей и задач проведения проверки:

1) рассмотрение представленных документов юридического лица, индивидуального предпринимателя;

2) обследование используемых указанными лицами при осуществлении медицинской деятельности зданий, строений, сооружений, помещений, оборудования, подобных объектов.

10. Перечень административных регламентов по осуществлению контроля, необходимых для проведения проверки: регламент Министерства здравоохранения Свердловской области предоставления государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук), утвержденный приказом Министра здравоохранения Свердловской области от 24.08.2012 г. № 970-п.

11. Перечень документов, представление которых юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем необходимо для достижения целей и задач проведения проверки:

- Наличие учредительных и регистрационных документов (проверка полноты и достоверности сведений, указанных в документах, представленных для получения лицензии, проведена путем сопоставления с соответствующими сведениями):

1) из единого государственного реестра юридических лиц/единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей;

2) из единого реестра регистрационных удостоверений/сертификатов соответствия, выданных Федеральной налоговой службой и Федеральным агентством по техническому регулированию и метрологии;

3) о соответствии государственным санитарно-эпидемиологическим правилам и нормам по заявленным видам работ и услуг;

- оригинал/копия лицензии на медицинскую деятельность;

- Наличие зданий, строений, сооружений и (или) помещений, принадлежащих лицензиату на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и отвечающих установленным требованиям;
- Наличие принадлежащих лицензиату на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке;
- 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 и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности "организация здравоохранения и общественное здоровье", стажа работы по специальности не менее 5 лет;
- 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 и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием), стажа работы по специальности не менее 5 лет;
- Наличие у индивидуального предпринимателя - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь - среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности, а также стажа работы по специальности не менее 5 лет - при наличии высшего медицинского образования и не менее 3 лет - при наличии среднего медицинского образования;
- Наличие заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием);
- Наличие заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности;
- Соответствие структуры и штатного расписания лицензиата - юридического лица, входящего в государственную или муниципальную систему здравоохранения, общим требованиям, установленным для соответствующих медицинских организаций;

- Соответствие лицензиата - юридического лица: намеренного выполнять заявленные работы (услуги) по обращению донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях, - требованиям, установленным статьей 13 Закона Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов»; намеренного выполнять заявленные работы (услуги) по трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, - требованиям, установленным статьей 4 Закона Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека»;
- Соблюдение порядков оказания медицинской помощи;
- Соблюдение установленного порядка осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- Соблюдение установленного порядка предоставления платных медицинских услуг;
- Повышение квалификации специалистов, выполняющих разрешенные работы (услуги), не реже 1 раза в пять лет;
- Соблюдение правил регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, включенных в перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, в специальных журналах учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, и правил ведения и хранения специальных журналов учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения;
- Журнал учета проверок юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, форма которого утверждена приказом Минэкономразвития России от 30.04.2009 № 141.

12. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Заместитель Министра

Е.А. Чадова

С приказом ознакомлен, копию приказа получил,  
с административным регламентом ознакомлен \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется) и должность  
должностного лица, непосредственно подготовившего проект распоряжения  
(приказа), контактный телефон, электронный адрес (при наличии))

## Министерство здравоохранения Свердловской области

---

*(место составления акта)*«    »    20   г.  
*(дата составления акта)*

---

*(время составления акта)*

**Акт**  
**проверки органом государственного контроля (надзора), органом муниципального контроля**  
**юридического лица, индивидуального предпринимателя**  
**№ \_\_\_\_\_**

По адресу: \_\_\_\_\_  
(место проведения проверки)

На основании приказа Министерства здравоохранения Свердловской области от «    »    20   г. № \_\_\_\_\_ была проведена \_\_\_\_\_ проверка в отношении: \_\_\_\_\_  
*(плановая/внеплановая, документарная/выездная)*

полное наименование: \_\_\_\_\_  
(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки:

"    "    20   г. с    час.    мин. до    час.    мин. Продолжительность \_\_\_\_\_  
(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений юридического лица или

при осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя по нескольким адресам)

Общая продолжительность проверки: \_\_\_\_\_  
(рабочих дней/часов)

Акт составлен Министерством здравоохранения Свердловской области.

С копией приказа о проведении проверки ознакомлен: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись, дата, время) (заполняется при проведении выездной проверки)

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения проверки: \_\_\_\_\_

---

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лица, проводившие проверку:

- 1)
- 2)
- 3)

При проведении проверки присутствовали \_\_\_\_\_

---

 \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя, присутствовавших при проведении мероприятий по проверке)
**В результате проверки установлено:**

В ходе проведения проверки:

Выявлены нарушения обязательных требований (с указанием положений (нормативных) правовых актов): \_\_\_\_\_

Выявлены факты невыполнения предписаний Министерства здравоохранения Свердловской области (с указанием реквизитов выданных предписаний)  
№ \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Нарушений не выявлено.

Запись в Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, внесена (заполняется при проведении выездной проверки):

\_\_\_\_\_  
*(подпись проверяющего)*

\_\_\_\_\_  
*(подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя)*

Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, отсутствует (заполняется при проведении выездной проверки).

\_\_\_\_\_  
*(подпись проверяющего)*

\_\_\_\_\_  
*(подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя)*

Прилагаемые к акту документы: \_\_\_\_\_

Подписи лиц, проводивших проверку:

С актом проверки ознакомлен(а), копию акта со всеми приложениями получил(а):

\_\_\_\_\_  
*(ФИО, должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)*

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
*(подпись)*

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: \_\_\_\_\_  
*(подпись уполномоченных должностных лиц, проводивших проверку)*



г. Екатеринбург  
(место составления акта)

« » 20 г.  
(дата составления акта)  
\_\_\_\_\_ (время составления акта)

**Акт  
проверки Министерством здравоохранения Свердловской области  
возможности выполнения  
соискателем лицензии (лицензиатом) лицензионных требований  
для осуществления медицинской деятельности**

№ \_\_\_\_\_ - Л

по адресу(ам) места осуществления деятельности: \_\_\_\_\_  
(место проведения проверки)

На основании заявления соискателя лицензии (лицензиата) (регистрационный номер \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_), в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_ -Л, была проведена проверка в отношении: \_\_\_\_\_  
(полное наименование соискателя лицензии)

Место нахождения: \_\_\_\_\_.

Дата и время проведения проверки:

\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_ г. с \_\_\_\_\_ час до \_\_\_\_\_ час. Продолжительность \_\_\_\_\_ часа  
(проверка филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений юридического лица или при осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя по нескольким адресам)

Общая продолжительность проверки: \_\_\_\_\_ рабочих дней - \_\_\_\_\_ часа  
(рабочих дней/часов)

Акт составлен Министерством здравоохранения Свердловской области.  
С копией приказа о проведении проверки ознакомлен:

\_\_\_\_\_  
(ФИО, подпись, дата, время)

Проверку проводили:

- 1.
- 2.
- 3.

При проверке присутствовали:

- 1.
- 2.

Заявляемый перечень работ и услуг по адресу осуществления медицинской деятельности:

1. Проведена документарная проверка полноты и достоверности сведений, содержащихся в представленных заявлениях и документах, в целях оценки соответствия таких сведений положениям частей 1 и 3 статьи 13 и части 3 статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», а также сведениям о соискателе лицензии или лицензиате, содержащимся в едином государственном реестре юридических лиц, едином

государственном реестре индивидуальных предпринимателей и других федеральных информационных ресурсах (ч. 4 ст. 19 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»).

В результате проверки выявлено:

1.1. Реквизиты документа, подтверждающего факт уплаты государственной пошлины за предоставление (переоформление) лицензии, указаны **верно/неверно**.

1.2. Сведения, содержащиеся в представленном заявлении **соответствуют/ не соответствуют** сведениям:

- из единого государственного реестра юридических лиц;
- из единого реестра регистрационных удостоверений, выданных Федеральной налоговой службой и Федеральным агентством по техническому регулированию и метрологии;
- из реестра санитарно-эпидемиологических заключений о соответствии (несоответствии) видов деятельности (работ, услуг) требованиям государственных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов.

1.3. Оригинал действующей лицензии (в случае переоформления лицензии): **представлен/ не представлен**.

1.4. Копии документов, подтверждающих 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 (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре, - сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях и (или) помещениях) (п.п. б п.7 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291):

**представлены/ не представлены**.

1.5. Копии документов, подтверждающих 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) (п.п. в п.7 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291):

**представлены/ не представлены**.

1.6. Копии документов, подтверждающих 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 и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а

также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности "организация здравоохранения и общественное здоровье" и стажа работы по специальности (при предоставлении лицензии) (п.п. е п.7 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291):

**представлены/ не представлены.**

1.7. Копии документов, подтверждающих наличие у индивидуального предпринимателя - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь - среднего медицинского образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности, и стажа работы по специальности (п.п. е п.7 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291):

**представлены/ не представлены.**

1.8. Копии документов, подтверждающих наличие у лиц, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием) (п.п. ж п.7 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291):

**представлены/ не представлены.**

1.9. Копии документов, подтверждающих наличие у лиц, заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо копия договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности (п.п. з п.7 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291):

**представлены/ не представлены.**

2. Проведена внеплановая выездная проверка, в соответствии со ст. 13, частями 7 и 9 ст. 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

В результате проверки выявлено:

2.1. Проверка п.п. а п.4 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 (Наличие зданий, строений, сооружений и

(или) помещений, принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и отвечающих установленным требованиям):

**соответствует/не соответствует.**

2.2. Проверка п.п. б п.4 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 (Наличие принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке):

**соответствует /не соответствует.**

2.3. Проверка п.п. д п.4 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 (Наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием)):

**соответствует /не соответствует.**

2.4. Проверка п.п. ж п.4 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 (Соответствие структуры и штатного расписания соискателя лицензии - юридического лица, входящего в государственную или муниципальную систему здравоохранения, общим требованиям, установленным для соответствующих медицинских организаций):

**соответствует /не соответствует.**

2.5. Проверка п.п. и п.4 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 (Наличие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности):

**соответствует /не соответствует.**

#### **Выводы:**

1. Соискателем лицензии представлены полные и достоверные сведения/неполные и недостоверные сведения.
2. Установлено соответствие/несоответствие соискателя лицензии лицензионным требованиям и условиям по адресу:
3. При проверки выявлены/не выявлены нарушения лицензионного законодательства (п. \_\_ акта проверки). В связи с выявленными нарушениями выдано предписание об устранении выявленных нарушений, составлен протокол об административных правонарушениях.

Запись в Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора) внесена:

\_\_\_\_\_  
(подпись проверяющего)

\_\_\_\_\_  
(подпись уполномоченного представителя  
юридического лица, индивидуального  
предпринимателя, уполномоченного  
представителя индивидуального  
предпринимателя)

Проверка возможности выполнения лицензионных требований и условий для осуществления медицинской деятельности осуществлена:

- 1.
- 2.
- 3.

С актом проверки ознакомлен(а), копию акта получил(а):

\_\_\_\_\_  
(ФИО, должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя  
юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

«      »      20      г. \_\_\_\_\_