



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

23 ИЮЛ 2013

№ 936-П.

г. Екатеринбург

О внесении изменений в Административный регламент Министерства здравоохранения Свердловской области предоставления государственной услуги по ведению реестра фармацевтических организаций, осуществляющих отпуск лекарственных средств бесплатно и на льготных условиях

В целях приведения Административного регламента Министерства здравоохранения Свердловской области предоставления государственной услуги по ведению реестра фармацевтических организаций, осуществляющих отпуск лекарственных средств бесплатно и на льготных условиях, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 12.09.2012 № 1032-П, соответствие с федеральным и областным законодательством

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в Административный регламент Министерства здравоохранения Свердловской области предоставления государственной услуги по ведению реестра фармацевтических организаций, осуществляющих отпуск лекарственных средств бесплатно и на льготных условиях, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 12.09.2012 № 1032-П «Об утверждении Административного регламента Министерства здравоохранения Свердловской области предоставления государственной услуги по ведению реестра фармацевтических организаций, осуществляющих отпуск лекарственных средств бесплатно и на льготных условиях» с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 08.04.2013 № 458-П, следующие изменения:

- 1) приложения № 1 и № 2 изложить в новой редакции (прилагаются);
- 2) приложения № 3 и № 4 признать утратившими силу;

3) в подпункте 1 пункта 18 слова «Приложению № 1 и 2» заменить словами «Приложению № 1»;

4) в подпункте 1 пункта 19 слова «Приложению № 1 и 2» заменить словами «Приложению № 1»;

5) в пункте 20 слова «Приложению № 3 и 4» заменить словами «Приложению № 2»;

6) в пункте 32 слова «20 минут» заменить словами «15 минут»;

7) часть вторую пункта 43 изложить в следующей редакции:

«Продолжительность взаимодействия заявителя с государственными гражданскими служащими Министерства при предоставлении государственной услуги составляет:

при подаче документов, необходимых для предоставления государственной услуги не более 15 минут;

при получении результата предоставления государственной услуги не более 15 минут.»;

8) абзац первый пункта 72 после слов «в досудебном» дополнить словами «порядке в том числе»;

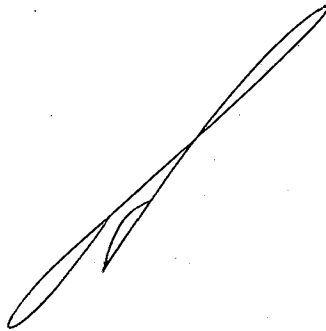
9) в подпунктах 3,4,5,6 пункта 72 слова «субъектов Российской Федерации» заменить словами «Свердловской области»;

10) подпункты 4 и 6 пункта 72 после слова «государственной» дополнить словом «услуги»;

11) в части первой пункта 77 слова «государственных (муниципальных) услуг» заменить словами «государственных и муниципальных услуг».

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Заместителя Министра Д.Р. Медведскую.

Министр



А.Р. Белявский

Образец

В Министерство здравоохранения
Свердловской области

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу включить

_____ (полное наименование фармацевтической организации с указанием организационно-правовой формы)

_____ юридический адрес

в Реестр аптечных организаций _____

_____ (наименование программы льготного отпуска в

_____ соответствии с нормативными документами)

Аптечная организация имеет лицензию № _____

от « _____ » _____ действительную до « _____ » _____

выданную _____

Выполняет следующие работы (подчеркнуть): изготовление лекарственных средств, реализацию наркотических средств и психотропных веществ.

Адрес фармацевтической деятельности: _____

_____ телефон _____

Аптечная организация имеет в наличии компьютеры _____, средства связи (факс _____, модем _____, электронную почту _____), материальную базу для раздельного хранения лекарственных препаратов, отпускаемых по программам лекарственного обеспечения _____ кв.м. имеются шкафы _____, холодильное оборудование _____ выделено окно \ отдел.

Фармацевтические кадры для работы в программе: провизоры _____, фармацевты _____.

Ответственный за работу программы: _____

_____ (ФИО, должность, телефоны)

Руководитель _____

_____ (ФИО полностью)

Подпись _____

дата _____

М.П.

СОГЛАСОВАНО:

_____ (орган местного самоуправления)

_____ (ФИО должность)

_____ (подпись)

« _____ » _____ 200 _____ г.

МП

Образец

**В Министерство здравоохранения
Свердловской области**

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу исключить _____

_____ (полное наименование фармацевтической организации с указанием организационно-правовой формы)

из Реестра аптечных организаций _____
(наименование программы льготного отпуска)

_____ в соответствии с нормативными документами)

Руководитель _____
(ФИО полностью)

Подпись _____ дата _____ М.П.

СОГЛАСОВАНО:

_____ (орган местного самоуправления)

_____ (ФИО должность)

_____ (подпись)

« _____ » _____ 200 _____ г. МП